

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1972 — N°

LA MALADIE DE KAPOSI DANS LA POPULATION
AUTOCHTONE D'ALGERIE

T H E S E

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
présentée et soutenue publiquement
le

par

Md. Salah BENELMOUFFOK

né le 30 Janvier 1942

à Constantine

MEMBRES DU JURY

M ^r F. G. MARILL	: Professeur (Dermatologie - Syphiligraphie)	}	PRESIDENT
M ^r M. MERIOUA	: Professeur (Médecine Générale)		
M ^r P. COLONNA	: Professeur (Hématologie)	}	JUGES
M ^r M. YSMATIL-DAHLOUK	: Maître de Conférences Agrégé (Dermatologie-Syphiligraphie)		

LA MALADIE DE KAPOSÍ DANS LA POPULATION
AUTOCHTONE D'ALGERIE

T H E S E

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
présentée et soutenue publiquement
le

par

Md. Salah BENELMOUFFOK

né le 30 Janvier 1942

à Constantine

MEMBRES DU JURY

M ^r F. G. MARILL	: Professeur (Dermatologie - Syphiligraphie)	}	PRESIDENT
M ^r M. MERIOUA	: Professeur (Médecine Générale)		
M ^r P. COLONNA	: Professeur (Hématologie)	}	JUGES
M ^r M. YSMAÏL-DAHLOUK	: Maître de Conférences Agrégé (Dermatologie-Syphiligraphie)		

ANNEE 1957 - 1958

LA MALADIE DE KAPOSI DANS LA POPULATION
AUTOCHTONE D'ALGERIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement

par

M. SAÏB ABENMOUNIR

né le 2 Janvier 1925

à Constantine



MÉMORIE DU JURY

PRÉSIDENT

Professeur d'Anatomie Pathologique

Professeur de Dermatologie

Professeur de Médecine Interne

Professeur de Chirurgie

Professeur de Radiologie

M. C. BARRI

M. A. KALOU

M. C. GILBERT

M. A. BARRI

-/// E R M E N T D'///-/- I P P O C R A T E -

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, et selon la tradition d'HIPPOCRATE, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE :

A mon père

A ma mère

A mon frère Khelil

avec toute mon affection

A ma femme

a qui ce travail est offert

témoignage modeste mais sincère de mon amour

A ma fille

avec toute ma tendresse

A tous mes parents

A tous mes amis.

[-] tous ceux qui de loin ou de
près, n'ont ménagé ni leur temps, ni leur
savoir pour nous guider et nous aider.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F.G. MARILL,

Qui nous a inspiré le sujet de notre
thèse et nous guidé dans l'élaboration de
notre travail inaugural.

A NOTRE JURY DE THESE...

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. MERIOUA,

Qu'il veuille bien trouver ici
le témoignage de notre profonde re-
connaissance pour avoir accepté d'être
parmi nos juges.

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. COLONNA,

Qui a bien voulu accepter d'être
parmi nos juges.

Nous le prions de trouver ici l'ex-
pression de notre vive gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE M. YSMAIL-DAHLOUK,

Qui a consenti de juger ce travail.
Qu'il veuille bien accepter ici nos
vifs remerciements.

Reconnue en 1872 par M. Kaposi qui lui attribua en premier lieu l'appellation de sarcoma idiopathicum pigmentosum et, en seconde analyse, celle de sarcoma multiplex haemorrhagicum, l'acro-sarcomatose a fait depuis l'objet de travaux considérables. C.G. Tedeschi fait état de 600 observations publiées en 1958 (341 Bis). Tous les aspects de la maladie ont été longuement étudiés, particulièrement d'ordre clinique, histo-pathologique, pathogénique. Certes, certains de ces aspects demeurent encore incertains ou ne relèvent que d'interprétations recevables mais non établis, ce qui explique sans doute que des auteurs successifs aient cru pouvoir attribuer à la maladie une vingtaine d'appellations différentes, ainsi que le relève O. Kreen dans son magistral article du traité de JADASSOHN (191) et que le rappelle BLUEFARB en tête de la monographie qu'il a consacrée à l'angio-sarcomatose (27). Mais, même compte tenu de ces incertitudes, la maladie de kaposi peut faire actuellement l'objet d'une description d'ensemble très précise.

Le tableau clinique est constitué par un ensemble de composants très évocateurs, encore que relativement polymorphes.

Les lésions cutanées apparaissent habituellement aux membres inférieurs, unilatérales dans seulement 17,2 p 100 des cas selon NICOLETTI (255). Ce sont des tâches d'un rouge-violet qui marquent soit la face dorsale, soit la face plantaire des orteils et des pieds. Plus rarement, le siège initial s'établit en d'autres secteurs, les membres supérieurs la face, exceptionnellement les organes génitaux. Ces éléments se multiplient, comme en poussées éruptives, conservant leur disposition de relative symétrie, se modifiant avec le temps. Après un certain délai d'évolution, on relève la présence sur le tégument des formations de types suivants :

.../...

Des plaques érythémato-angiomateuses, de taille variable, irrégulières, de teinte variant du rouge-violacé au brun foncé à mesure de leur vieillissement, se recouvrant assez souvent de squames adhérentes. A la vitropression, ces éléments s'effacent lorsqu'ils sont jeunes ; gardent une tonalité brunâtre, lorsqu'ils sont plus âgés, garnis parfois de grains orangés pseudo-lupiques (H. GOUGEROT & GRUPPER).

Des nodules se forment, soit sur ces placards, soit en peau saine, enchâssés dans le tégument, arrondis ou ovalaires, d'un demi à quelques centimètres de diamètres à la base, saillants, de consistance forme lisses et luisants, parfois squameux, de teinte rouge-vineuse ou brunâtre. Il s'ulcèrent exceptionnellement.

Ces nodules demeurent isolés ou confluent, surtout sur les mains et les pieds, d'où formation de nappes infiltrées, vallonnées, dont la surface peut même se recouvrir de formations papillomateuses et prendre cet aspect exubérant qui caractérise les formes verruqueuses.

Chez certains malades, ces nodules se développent davantage, bourgeonnent, prenant alors un aspect tumoral (A. BASSET & Coll. (19)).

Dans quelques cas, les lésions cutanées revêtent des formes plus particulières :

Eléments kystiques lymphangiomateux, décrits en 1905 par PELAGATTI, puis en 1957 par F. RONCHESE & A.B. KERN (303), étudiés par MARCEAU dans sa thèse (216), et dont on retrouve des exemples chez les sujets de P. TEMINE (344) ; J. BACCONIER (II), J. BONNET (30)

Eléments bulleux MARILL F.G., HADIDA E. & SAYAG (Mme J) (221) ; ANDREWS G. (7), GOUGEROT H. & Coll. (133).

Les localisations inhabituelles : on peut rencontrer des lésions de maladie de kaposi dès le début ou en cours d'évolution sur le nez, MARILL & Coll. (221), sur le cuir chevelu, DEGOS & Coll. (76), sur le pavillon de l'oreille J. BACCONNIER (II) ; MARILL F.G. - HADIDA & Mme SAYAG (221), DEGOS & Coll. (76). Sarcome de kaposi avec

manifestations oculaires : Alexander C.M. (4), APPELMANS M. & Coll. (8), NOTO P. (260), ROUSSELET E. & DELLER M. (306) au niveau du scrotum. MARILL F.G., sur la muqueuse du gland (ARGENZIANO & Coll. (9) ; MARILL F.G. (221), BARRINGER B. S. & DEAN (18), COW & Coll. (60), STAWINSKI & Coll. (332), GROSS P. (147). Maladie de kaposi uniquement palmaire : GOUGEROT H. & BURNIER (132), maladie de kaposi localisée au pouce : HAIDAR A. & ZAKIA DOUHAIHIY H. (158). Maladie de kaposi en nodule solitaire d'un bras avec adénopathie satellite chez un garçonnet de cinq ans : MARILL F.G. & YSMAIL DAHLOUK M. (224), maladie de kaposi à déterminations cutanées unilatérales avec localisation au voile du palais : MARILL F.G. & VODOV I. (226). Maladie de kaposi avec localisation rhinopharyngée : MARTINO A. & Coll. (227), ZUDAS A.A. (372).

L'oedème se surajoute avec une relative fréquence à ces altérations cutanées, tout au moins après une période d'évolution suffisamment longue : oedème éléphantiasique d'une dureté ligneuse, plus fréquent peut-être aux membres inférieurs, prenant habituellement l'extrémité distale et remontant plus ou moins haut, intéressant rarement un segment de membre ou le membre en son entier. A cet oedème s'associent assez souvent des troubles pigmentaires, en placards ocres plus ou moins étendus dont certains paraissent prendre la place des lésions préexistantes après leur effacement, passant exceptionnellement au premier plan comme dans un cas d'O. ELIASCHEFF.

Les signes fonctionnels qui peuvent accompagner ces lésions tégumentaires sont variables, le plus souvent absents ou réduits à une gêne proportionnelle à l'importance des infiltrats ou de l'oedème, prenant rarement un type de névralgies. Le prurit est exceptionnel.

L'état général est, pendant longtemps, bien conservé. La fièvre est rare et reste modérée.

A l'atteinte cutanée s'associent chez certains malades des lésions extra cutanées dont la fréquence serait de l'ordre de 10 p 100 pour D. GRINSPAN (144).

Les adénopathies sont présentes, pour B DUPERRAT & PAGOT (90), dans 10 p 100 des cas. Elles se situent dans un éventail de lésions.

Les ganglions intéressés sont, par ordre de fréquence, ceux des creux inguinaux et axillaires, des chaînes jugulaires ; plus rarement, les épithrochléens, les susclaviculaires et les sous maxillaires. Ces ganglions sont fermes, indolores, aphlegmasiques, de volume allant de la discrète adénomégalie à la volumineuse macropolyadénopathie. Des adénopathies profondes, médiastinales, latéro-trachéale, interbronchique, hilaires sont mises en évidence par l'examen radiographique systématique. Des adénopathies péribronchiques mésentériques, iliaques, sont parfois découvertes à l'autopsie.

Sur le plan histo-pathologiques les lésions ganglionnaires se situent dans un éventail qui va de la simple réaction inflammatoire subchronique et du processus granulomateux hémossidérémique, jusqu'à la prolifération kaposienne avec son double potentiel mésenchymateux et angioblastique, et même, parfois, à la déviation lymphomateuse de type hodgkinien ou réticulosarcomateux.

La localisation sur les amigdales qui s'est vue chez quelques malades, doit être retenue au nombre des atteintes du tissu lymphoïde J. ELMS (102), P. OLMER & Coll. (262).

Aussi, chez tout sujet atteint de maladie de kaposi, certaines manifestations cliniques évocatrices doivent entraîner une exploration orientée : par exemple, la gêne respiratoire liée à une compression médiastinale (J. BRONET & Coll. (36) ; la sténose urétérale déterminée par la présence d'adénopathie pulmonaire ; l'éléphantiasis et les lymphangiomes. Pour la même raison, certains examens complémentaires doivent être systématiquement pratiqués : radiographie du thorax ; lymphographie aussitôt que l'on soupçonne une atteinte des ganglions abdominaux ou de la racine d'un membre.

L'existence d'altérations osseuses au cours de l'acrosarcomatose a été signalée par SCHOLTZ dès 1889. Elles ont fait depuis l'objet d'études particulières de ABRAMOWITZ E.W. (2), en 1965 DEGOS R. & Coll. (-74), à propos de 28 cas l'atteinte osseuse est retrouvée dans 10 observations. Dans tous ces cas, les lésions sont sous-jacentes aux lésions cutanées, mais chez 3 malades, elles sont plus disséminées.

MARILL F.G., HADIDA E. & Mme SAYIG (221) à propos de 25 cas : 5 malades présentent des lésions du squelette à type d'osteolyse, MARILL F.G. & YSAMIL DAHLOUK M. (223) chez 5 malades en 1969, PAYET, BASSET, REY & FAYE (273), RONCHESE F. & KERN A.B. (302), SANTINI R. & ALLEGRA F. (316), ZELGER J. & Coll. (369), GRINSPAN D. (145), TEMME P., STAHL & BERARD-BADIER (342 Bis). Ces déterminations osseuses peuvent soit se constituer en continuité au contact des lésions cutanées, soit apparaître isolément, en tant qu'atteinte primitive. Elles siègent essentiellement sur les pièces osseuses des membres électivement des mains et des pieds ; mais leur présence a été constatée, dans quelques cas, sur les os du bassin, de la face, de la voûte crânienne, sur les vertèbres.

Parmi les troubles osseux rencontrés dans la maladie de kaposi, il est permis de distinguer des manifestations non spécifiques et d'autres spécifiques.

- Parmi les manifestations non spécifiques nous rangeons les déclacifications globales, car nous trouvons des lésions semblables dans toutes les maladies inflammatoires des membres inférieurs, tels les ulcères variqueux ou les ulcères phagedéniques. Les arthroses ne nous paraissent pas non plus spécifiques.

- Parmi les manifestations spécifiques nous classons toutes les lésions érosives et nous pensons qu'il faut distinguer deux processus différents :

- Les lésions aréolaires centrales seraient les témoins de l'envahissement de la moelle osseuse par la réticulose et peut-être peut-on expliquer de cette façon les modifications du myelogramme signalées chez certains malades.

- Au contraire les érosions externes semblent dues à l'attaque de l'os par le processus tumoral des parties molles.

Les lésions se rencontrent dans les formes anciennes et évolutives ; l'atteinte médullaire est peut-être le témoin de la généralisation connue dans les autres maladies de système.

Certaines localisations viscérales s'établissent en satellite des diverses atteintes que nous venons de décrire. Leur présence du reste est le plus souvent constatée à l'occasion soit d'intervention chirurgicale, soit d'autopsies. Elles intéressent le plus souvent le tube digestif, puis l'appareil pleuro-pulmonaire.

Le tube digestif, selon P. TEMINE & Coll. (342 Bis), est touché dans plus de 50 p 100 des cas, pouvant être pris de la bouche à l'anūs, par des nodosités bien limitées, de coloration rouge ou rosée, peu infiltrantes, qui provoquent des hémorragies ou des poussées de diarrhée profuse.

Sur les poumons et les plèvres des foyers kaposiens sont parfois repérables sur les clichés radiographiques (COX & HELWIG) (61).

Mais les formations nodulaires de l'acro-angiomatose ont été occasionnellement caractérisées sur les organes les plus différents : foie, sur lequel ils représentent habituellement des découvertes nécropsiques ; rate (R. PAOLINI (271) ; pancréas (COX & HELWIG (61) ; reins (S. NESBITT & Coll. (253) ; testicules (G. ROSSI (307) ; surrénales (COX et HELWIG (61) ; vésicules séminales (COX & HELWIG - (61) ; cerveau (J. NESBITT & Coll. (253) ; Cœur (TEDESCHI (341 Bis). Il faut donc poser que bien que cette éventualité ne soit pas habituelle, aucun organe profond n'est à l'abri d'une extension de l'acro-sarcomatose.

Du reste, M. Kaposi consignait déjà dans ses leçons sur les maladies de la peau, traduites en français par BESNIER & DOYON, donc à l'occasion de ses toutes premières descriptions : "A l'autopsie, on trouve en grande quantité les mêmes tumeurs hémorragiques couleur de chair dans le poumon, le foie, la rate, le tissu cardiaque, l'intestin, le côlon descendant, où elles sont serrées les unes contre les autres et en désagrégation nécrobiotique."

Les examens hémato-cytologiques n'apportent pas d'aide réelle à l'établissement du diagnostic, car les modifications observées, lorsqu'elles existent, sont d'ordre différents et ne comportent pas de valeur significative. On enregistre fréquemment une leucytose supérieure à 10.000 globules blancs par mm³ et une mononucléose s'élevant jusqu'à 60 et 70 p 100.

Dans un cas de FLARER, 60 p 100 des cellules mononucléées étaient anormales. Ces cellules de FLARER sont souvent, mais non toujours retrouvées.

Mais, dans une certaine proportion des cas, aux manifestations de la maladie de kaposi que nous venons de décrire s'adjoignent certaines associations morbides qu'ils

convient de retenir, bien qu'elles comportent avec évidence des significations inégales.

Le premier type en est représenté par différents processus malins. Epithéliomas (3 cas sur 28 malades dans une statistique de R. DEGOS & Coll. (76) ; états différents qui ont tous en commun de relever d'une hyperplasie néoplasique du système réticulo-endothélial. Nous croyons que nous devons nous contenter de citer ici ces derniers, car il est plus utile de discuter de leur signification ci-après, en tant qu'argument en faveur d'une certaine conception de la maladie de kaposi.

Le second type de ces associations est figuré par un ensemble de maladies dont le rapport avec l'acro-angiomatose n'est pas apparent, et qui ne sont vraisemblablement le fait que de rencontres occasionnelles. Cependant, la relative fréquence avec laquelle le diabète se voit parmi les malades atteints d'acro-sarcomatose donne à penser.

Les premiers de ces cas de diabète sucré ont été signalés en 1943, par HURLBUT et LINCOLN, au nombre de 6 sur une série de 13 cas de maladie de kaposi (171).

Depuis, la connaissance de ces faits s'est précisée (FISCHER & COHEN (110) ; HADIDA & Coll. (15) ; COX & HELWIG (1 cas sur 50) (61) ; DUPPERRAT (89) ; BAZEX (20) ; BUREAU (38) ; THIVOLET (347) ; LE COULANT (201) ; LANDI (197) BACONNIER (5 cas sur 25) (11) ; DEGOS (3 cas sur 28) (76) ; URBACH & Coll. (352) ; ROLLIER (300).

Evidemment, ces cas sont encore trop peu nombreux pour apporter une certitude ; de même la disparité des ordres de fréquence selon les statistiques. Cependant, sur les quatre séries de malades que nous venons de citer, nous trouvons 8 diabétiques pour 115 kaposiens, soit environ 1 pour 8, compte qui n'est pas négligeable. Mais les diverses hypothèses qui ont été avancées pour interpréter ces faits restent d'ordre purement conjectural : simple coïncidence ; possibilité de lésions pancréatiques dé-terminées par l'acro-sarcomatose ; possibilité d'intervention de facteurs ethniques à l'origine des deux maladies, comme le proposent RONCHESE & KERN, en raison de la fréquence particulière à la fois du diabète et de la maladie de kaposi chez les juifs - encore faudrait-il que la fréquence réelle de l'acro-angiomatose chez les israélites représentât une réalité vérifiée.

D'autres états pathologiques, coexistant avec l'acro-sarcomatose ont été signalés, mais à titre si exceptionnel, si dépourvus de liens entre eux, que la notion d'association fortuite s'impose pratiquement : macroglobulinémie de Waldenström : (1) cas de R. ANDRE, B. DUPERRAT & Coll. (6) auteurs qui citent un autre fait comparable de COHEN et recommandent de pratiquer chez tout kaposien une analyse électrophorétique des protéines sanguines, à la recherche d'une telle association); anémie hémolytique (1 cas de ZEMEK & Coll. (371), chez un malade chez lequel l'anémie a précédé les manifestations cutanées) ; syndrome de Klippel-Trenaunay (1 cas de SZEGOL & Coll. (338), chez un jeune homme chez lequel les accidents du syndrome de Klippel-Trenaunay sont apparus à l'âge de 15 ans et ceux de l'acro-angiomatose à 16 ans).

Les associations avec des néoplasies ne sont pas rares :

- DEGOS R. a propos de 28 cas retrouve : une linite plastique, deux épithéliomas baso-cellulaires cutanés ;

- association avec une leucémie myéloïde : ABRAHAMSEN.A.M. et WETTLAND.P. (1) ; FISCHER J.W. et COHEN D.M. (110) ;

- avec une leucémie lymphoïde : COX et HELWIG (51) ; TEDESCHI C.G. (341 Bis) ; HUFNAGEL et DUPONT (170) ; NINI et Coll (258) ;

- avec une maladie de HODGKIN ; COX et HELWIG ; GREENSTEIN et Coll (141) ; BRUNNING et Coll (35) ; MAC CARTHY Ph. (212) ; RAJKAG (290) ;

- avec un mycosis fongoïde : COX et HELWIG ; LANE et Coll (198) ; KALEMKARYAN et Coll (183) ;

- avec une maladie de BRILL SYMMERS : MAC CARTY et PACK ;

- avec un lymphoblastome : MAC CARTY et PACK ; EPSTEIN E. (103) ; LANE et Coll (198) .

Ces affections on le sait sont considérés comme un état d'hyperplasie anarchique, néoplasique du S.R.E. Pour certains auteurs (COX et HELWIG). Cependant ces associations apparemment fréquentes ne sont pas suffisantes pour faire du kaposi une maladie du système R.E.

L'évolution de la maladie de kaposi est extrêmement variable. Avec le temps, les lésions se transforment, ainsi que nous

l'avons déjà rapidement indiqué, s'étalant, prenant du volume et même une apparence tumorale. Certains nodules peuvent se ramollir, devenir "comme fluctuants" ; d'autres, ainsi que des infiltrats, se résorber spontanément.

Des déterminations profondes se constituent. Des hémorragies surviennent parfois, mettant en danger la vie des malades. Dans quelques cas, ces lésions dégénèrent, transformation qui font suspecter l'augmentation du volume, l'ulcération, l'infiltration de la base des formations. L'état général, plus ou moins longtemps conservé s'altère.

Le plus souvent, l'évolution s'étale sur plusieurs années et la connaissance des faits successifs a infirmé progressivement l'impression première de M. Kaposi qui osait tout d'abord attribué à l'acro-sarcomatose une durée de 2 à 3 ans, puis de 5 à 6 ans, et pour finir de 10 à 15 ans. Le malade de E. HADIDA et Mme J. SAYAG (156) offre sans doute un extrême puisqu'agé de 90 ans et refusant tout traitement, il était cependant atteint depuis 48 ans.

A l'opposé, l'évolution peut se précipiter, surtout chez les jeunes : quelques mois (P. TEMIME & Coll. (342 bis) (MIGOZZI (238). Il arrive que l'affectation demeure longtemps discrète et prenne secondairement une allure aiguë, soit sans cause apparente, soit après radiothérapie (R. DEGOS).

La mort survient donc, après les délais qu'il est impossible de prévoir au départ et sur lesquels du reste il est difficile de savoir si le traitement a ou non influé.

Les lésions histo-pathologiques de l'acro-sarcomatose bien qu'assez variables d'un malade à un autre et même selon les régions chez un même malade, sont assez caractéristiques pour autoriser un diagnostic positif.

Le nodule kaposien, parvenu à son plein développement procède de l'association en proportions variables de trois constituants : des cavités vasculaires, des cellules fusiformes, des éléments cellulaires libres.

Les cavités vasculaires

Elles sont de taille et de structure diverses et l'aspect bigarré des néoformations vasculaires est hautement évocateur des lésions kaposiennes.

On reconnaît :

1°) Des vaisseaux de structure élémentaire : capillaires à lumière étroite dont la paroi comporte uniquement un endothélium de type plasmodial embryonnaire ou différencié en cellules, grosses cellules mitotiques ou amitotiques bombant dans la lumière du conduit et reposant sur une mince lame de collagène. Fréquemment, ce capillaire se dilate et se transforme en une sorte de sinus béant, à la lumière irrégulière.

2°) Des vaisseaux à paroi épaisse comportant des assises plus ou moins nombreuses d'éléments musculaires lisses.

La plupart des vaisseaux néoformés sont gorgés de globules rouges : ils dépendent donc du système sanguin. Mais il en est qui ne renferment que de la lymphe et des leucocytes : ceux-ci doivent donc être considérés comme des conduits lymphatiques.

Les cellules fusiformes

Ce sont de gros éléments trapus, à prolongement grêle, à noyau volumineux, de forme ovale un peu irrégulière, renfermant une fine poussière de chromatine répartie autour des nucléoles.

Ces cellules peuvent enfermer des inclusions : habituellement hémossidérine, plus rarement gouttelettes graisseuses.

Entre ces cellules est tendu un réseau de fines fibrilles de réticuline.

Les proportions variables de vaisseaux et d'infiltrat cellulaire permettent d'opposer un type angiomateux à un type fibroblastique.

Les cellules libres

Ces cellules sont : des éléments lymphoïdes d'âges divers, en particulier des formes jeunes ; des monocytes ; des polynucléaires neutrophiles et éosinophiles ; des mastzellen, des plasmodés géants ; des plasmocytes.

L'abondance des cellules libres est particulièrement grande dans les cas, d'ailleurs exceptionnels, où la maladie de kaposi s'accompagne d'une formule sanguine de caractère leucémique.

Pour R. CAMAIN & A. GUENUM (42), de même que pour J. CORTEZ-PIMENTEL (58), trois processus contribuent à des degrés divers à la constitution de ces lésions :

- un processus angiomateux : prolifération intense de néocapillaires sanguins ou lymphatiques :
- un processus pseudo-sarcomateux : adoptant le dispositif fasciculé du sarcome fibroblastique ou l'agencement de l'endothéliosarcome autour des cavités inter-cellulaires, plus rarement l'aspect réticulocytaire du réticulosarcome ou l'aspect clair de l'histiocytosarcome ; les noyaux des cellules néoformées ne présentent que de rares cinèses, presque toujours normales.
- Un processus inflammatoire et réactionnel : marqué par des plages granulomateuses d'aspect banal.

La présence de trois types de cellules : histiocyte, cellule fusiforme et fibroblaste, a été retrouvé en microscopie électronique les aspects observés permettent de penser qu'il s'agit d'une seule et même cellule en voie de transformation. DUPERRAT B et PACOT C. (90).

PEPLER et THERON (276) décrivent deux types de cellules : le macrophage chargé d'hemosiderine, et la cellule tumorale contenant des structures lamellaires rappelant les gaines de myéline ; ceci ayant fait rattacher ces cellules aux cellules de SCHWANN, confirmant ainsi, l'opinion de PAUTRIER et DISS (272).

HASHIMOTO K. et LEVER W.F. (162) pensent que la tumeur est composée d'une double prolifération : les cellules endothéliales et les cellules perithéliales. Ces dernières vont se transformer en fibroblastes. Ces cellules contiennent des structures lamellaires ressemblant aux gaines de myéline des cellules de SCHWANN, mais en réalité il s'agit de résidus des lysosomes après phagocytose des globules rouges.

NIEMI M. et MUSTAKALLIO K.K. (256) observent que la tumeur est constituée de cellules fusiformes et de cellules rondes ou étoilées qui sont des histiocytes normaux. Dans les cel-

lules arrondies des lésions jeunes, ont note des globules rouges entiers intracytoplasmiques et au fur et à mesure que la lésion vieillit, la cellule se transforme en cellule fusiforme et les globules rouges intracytoplasmiques sont désintégrés. Dans les lésions anciennes on trouve des cellules fusiformes avec des corps pluristratifiés qui sont en réalité, malgré leur ressemblance avec la myeline, des résidus hémossidériniques de la désintégration des hématies. Et ces auteurs concluent que c'est l'érythrophagocytose qui induit la transformation de l'histiocyte périthélial en fibroblaste.

Il faut le reconnaître, notre ignorance est profonde en ce qui concerne l'éthiologie de la maladie de kaposi. Certaines circonstances d'apparition sont bien déterminées. Mais aucun rapport n'a été établi entre ces conditions et les déclenchements des accidents.

Nombre d'auteurs continuent d'admettre que l'angiosarcomatose est une maladie d'ordre inflammatoire. DAVIES déjà avançait qu'elle est de nature microbienne. Mais il faut reconnaître que tout les essais qui ont été poursuivis pour l'attribuer à un germe responsable sont demeurés infructueux, qu'il s'agisse d'un microbe (ROUHANI A. (311), d'un virus (PHILLIPSON), ou de Cryptococcus haemeticum, micro-organisme parasite des globules rouges, dont l'action pathogène se révélerait dans des délais allant de I à IO ans (GRECO, BIGATTI, et Coll. (140)). La culture des tissus devrait selon PAOLI J. et Coll. (269) donner la solution au problème.

Les premières manifestations apparaîtraient dans la période automno-hivernale d'après N. NICOLETTI.

Les facteurs toxiques prédisposants, tels l'alcool ou le tabac, n'ont qu'un rôle éventuel médiocre (I7,2 p IOO des cas pour N. NICOLETTI), mais devraient cependant être pris en considération ; nous croyons permis d'observer que ce rôle paraît assez peu convaincant si l'on tient compte de l'incertitude quant à l'action de ces facteurs, de l'extension considérable de l'alcoolisme et du tabagisme, de la faible proportion des cas suspects.

Les réactions inflammatoires cutanées, osseuses,

articulaires, les lésions traumatiques progressives des extrémités, l'exposition aux intempéries et aux produits industriels se retrouveraient dans 50 p 100 des cas selon N. NICOLETTI. Mais reconnaissons que la fréquence de ces facteurs réunis suffit à rendre leur rôle discutable.

Les premières manifestations de l'acro-angiomatose apparaissent électivement entre 40 et 70 ans. Cependant, dans des cas exceptionnels, la maladie se voit beaucoup plus tôt : 3 malades sur 100 entre I et 20 ans (statistique de BERNHARDTS (1920) : 2 cas sur 219 entre I et 10 ans (statistique de DORFELL (1932) ; 3 faits sur 268 avant 10 ans (statistique de J.M. RENAUD complétant celle de DORFELL (1956) (82), sur 500 cas réunis par KREN, l'âge des malades a été de I à 10 ans dans I p 100 des cas ; de II à 20 ans dans 4 p 100 des cas ; de 21 à 30 ans dans 10 p 100 des cas ; de 41 à 50 ans dans 15 p 100 des cas ; de 51 à 60 ans dans 24 p 100 des cas ; de 61 à 70 ans dans 25 p 100 des cas ; de 71 à 80 ans dans 12 p 100 des cas ; de plus de 81 dans 3 p 100 de cas.

Le sexe masculin est frappé en très forte prédominance. 40 femmes sur 500 cas réunis par KREEN. 31 Femmes sur un total de 356 pour DORFELL. 1 cas féminin sur un total de 57 chez DAVIES, 18 sur 230 chez THYS. Sur les 25 cas rassemblés par kaposi en 27 ans, il n'y avait aucune femme.

On a signalé que l'angio-sarcomatose est relativement fréquente dans certains pays, par exemple l'Italie, la Russie, La Pologne, certaines régions d'Allemagne, l'Australie et plus rare dans d'autres, ainsi la France, l'Angleterre, les Etats-unis. mais ces nations devraient être réévaluées en fonction de la totalité des faits actuellement connus qui, s'élevant aux environs du milier, autoriseraient une estimation fondée. Le départ par exemple n'a pas été établi entre le cadre géographique et l'appartenance ethnique : et nous seront appelés à revenir ci-après sur ce point à propos de la maladie de kaposi qui sévit en Afrique Infra-Saharienne. On doit remarquer cette appréciation curieuse, que la plupart des faits observés aux états unis le sont parmi des étrangers immigrants : interprétation surprenante, touchant un pays dont la population n'est constituée que d'immigrants, à trois ou quatre générations près dans la meilleure hypothèse.

Un exemple d'incertitude sur ce point est fourni par les assurances qui sont données quant à la fréquence de la maladie en milieu israélite. Différents auteurs, actuellement encore, estiment que la maladie de kaposi affecte particulièrement la race juive. St. ROTHMANN considère même que cette fréquence est particulière parmi les ashkénazites méditerranéées (310). Sur 380 cas de DÖRFFEL on note 122 Italiens, 51 Juifs, 51 Russes, 21 Polonais, 15 Autrichiens, 8 Allemands, 7 Hongrois, 6 Corces, 6 Turcs, 6 Belges, 1 Anglais. DÖRFFEL paraîtrait donc ignorer les cas Grecs, Français etc...

Inexistence dans la race jaune, rareté chez les noirs. Sur 28 cas de DEGOS R. on ne relève que 5 cas Israélites sur les 15 cas venant d'Afrique du Nord, il n'existe aucun cas dans la série métropolitaine .

Ces chiffres, joints à ceux constatés dans la maladie de kaposi du Noir, fréquente en Afrique, plaident donc plus en faveur d'un facteur éthiologique de nature géographique que d'origine ethnique. C'est une maladie à caractère universel avec une certaine prévalence pour l'Europe et l'Afrique (MARSHALL) d'où une répartition géographique plus que raciale (DEGOS).

Une série de cas curieux, de connaissance récente, attire l'attention sur une petite série de faits familiaux et pour peu nombreux qu'ils soient, ils suggèrent une notion troublante ; 6 cas dans une famille, avec un mode de transmission de caractère récessif (MARTINOTTI (230) ; 4 dans une famille, 2 sur 7 germains dans une branche, 1 tante et 2 de ses trois enfants (G. RABBIOSI (287) ; 9 dans une famille (D. GRINSPAN (144) ; 6 en 2 générations (GRECO (140) ; 3 dans une famille (JACKSON) ; père et fils (ZELIGAN (370) : père et fils (GRUPPER) ; oncle et nièce (Mc GINN) ; 4 frères (RAGUSIN) ; 2 frères (RADAELI (288).

Ces cas familiaux seraient le fait du hasard pour certains auteurs, notamment RADAELI, A.E. OETTL envisage le rôle d'une relation héréditaire ; existence d'un gène dominant doté d'une pénétrance incomplète, sans transmission liée au sexe. Cet auteur remarque qu'on n'a jamais signalé de cas familiaux chez des jumeaux vrais : observations de valeur bien contingente compte tenu du risque.

infime de rencontre entre ces deux raretés que sont la gémellité vraie et la maladie de kaposi. Pour D. GRINSPAN, l'élément génotypique réside dans la labilité vasculaire et la susceptibilité réticulo-histiocytaire. Certains auteurs enfin ont tenté d'expliquer ces cas par une infection en milieu familial, sous la forme d'une hérédité par contagion. Ces hypothèses, il faut en convenir, n'apprennent rien. Il n'en demeure pas moins qu'un total de 34 cas familiaux, même à l'échelle du nombre important des faits connus d'angio-sarcomatose, posent une question qui ne saurait être éludée.

L'ignorance dans laquelle nous demeurons quant à l'étiologie de l'acro-angiomatose ne permet pas, nous semble-t-il, de procéder dans le cas de cette maladie à une étude de pathogénie, au sens strict du terme. Il nous paraît plus exact de rappeler les conceptions auxquelles sont actuellement parvenus les auteurs qui ont étudié cette question.

Il est désormais établi que la maladie de kaposi n'est plus une sarcomatose, non plus qu'une sarcoïdose (kaposi) ou une angio-sarcomatose périthéliale (BERNHARD, BABES), ou un granulome infectueux (SELLEI), ou un granulome (PALTAUF, SELLEI, MAJOCCHI), ou une dysgénésie des vaisseaux, de leurs annexes et des nerfs (PAUTRIER & DISS) (272).

L'existence des formations angiomateuses a conduit à la théorie vasculaire de STERNBERG : une irritation d'origine très diverse entraînerait une néogénèse capillaire avec prolifération endothéliale qui, après avoir obturé la lumière capillaire, envahirait le tissu environnant.

Mais les travaux modernes conduisent à considérer l'acro-sarcomatose comme une maladie de système et, plus précisément, à la ranger au nombre des maladies de système réticulo-endothélial, ainsi du reste que le suggérait DÜRFELL dès 1932.

Les caractères des lésions kaposiennes, en permettant de concevoir l'histogénèse de ces néoformations, apportent un premier argument en ce sens.

Les éléments du tissu kaposien proviennent des cellules indifférenciées du derme qui développent leur multiples potentialités, soit que, la prolifération vasculaire paraissant le processus initial, les cellules de

l'infiltrat se développent dans la paroi des vaisseaux néoformés et autour de ceux-ci, soit que, la prolifération cellulaire constituant le fait primitif, les vaisseaux se développent secondairement ; il s'agirait alors d'une réticulose-angéiogène (MARGAROT & Coll. (217)).

A côté de leur potentialité angéiogénique, les cellules réticulaires disposent d'une potentialité hématopoïétique dont le développement explique la présence des cellules libres de types divers dans les infiltrats, ainsi que, dans certains cas, la mise en liberté dans le sang de cellules des lignées sanguines ou de cellules anormales soit en proportion à peine supérieure à la normale, soit en nombre comparable à ce que l'on constate dans les leucoses.

L'extension progressive des lésions ou les poussées qui les affectent, l'atteinte de secteurs parfois éloignés du foyer primitif, les déterminations viscérales et perturbations de l'équilibre de la moelle sont des caractères communs à toutes les maladies de l'appareil réticulo-endothélial parmi lesquelles s'intègre donc l'angio-sarcomatose de kaposi.

D'autre part, A. QUENUM & R. CAMAIN reconnaissant aux cellules fusiformes des formations kaposiennes tous les attribus du système rético-andothélial (286) :

- propriétés hématopoïétiques, puisqu'elles sont aptes, ainsi qu'ils le pensent, à se libérer pour former des monocytes ;
- propriétés angioblastiques, puisqu'elles seraient capables de se transformer en éléments endothéliaux ;
- aptitude à édifier une rame de réticuline

Enfin l'association de l'acro-angiomatose, dans des cas fussent-ils peu nombreux, avec certaines maladies malignes du système réticulo-endothélial, apporte un argument supplémentaire, et de choix, à la notion de maladie de groupe :

- Maladie de HODGKIN : COX et HELWIG (51) ; GILCHRIST ET KETRON (124) ; GOLDSCHLAG F. (126) ; GREENSTEIN et Coll. (141) ; BRUNNING et Coll. (35) ; MAC CARTY PH. (212) ; RAJKAG (290) ;
- Leucémie Myéloïde : ABRAHAMSEN A.M. et WETTLAND (1) ; FISCHER et COHEN (110) ; CUILLERET et GALLET (62) ;
- Leucémie lymphoïde : COX et HELWIG (51) ; TEDESCHI C.G. (341 Bis) ; HUFNAGEL et DUPONT (170) ; NINI et Coll (258) ;
- ~~Mycosis fongoid~~ Mycosis fongoid : COX et HELWIG (51) ; LANE et Coll (198) ; KALAMKARYAN et Coll (183) ;
- Lymphoblastome : BELLONI L. (21) ; EPSTEIN E. (103) ; LANE et Coll. (198) ; HIGGINS (165) ; .../...

BLUEFARB et WEBSTER (28)

Des essais de traitement de l'acro-sarcomatose ont été entrepris en recourant aux produits et techniques les plus différents et n'ont donné pour la plupart que des échecs, aux mieux des résultats temporaires.

L'uréthane a été essayé par (MICHELSON). Le thymol a permis à G. BUCCELLATO d'obtenir dans un cas la résolution clinique et histologique chez une jeune femme de 20 ans atteinte depuis 5 ans (37). B. POTTER & Coll. ont administré la méchloréthamide en perfusion artérielle (281). H. GOUGEROT a obtenu un effet favorable de la vitamine B1, par voie veineuse, notamment sur les manifestations algiques. DUPONT a recouru aux injections de bismuth avec bon résultat. R. DEGOS considère l'arsenic, employé sous toutes les formes, comme un bon médicament, notamment en complément de la radiothérapie. Ce préjugé favorable est également celui des auteurs italiens et de BLUEFARB.

Le sérum de BOGOMOLETZ, les extraits placentaires (E. CALAS & M. PIERRON J.) (40), les corticoïdes (N. NICOLETTI (255), sont incapables de modifier le cours de la maladie.

L'emploi des antibiotiques a suscité un grand espoir après que PIERINI & D. GRINSPAN eurent obtenu deux guérisons immédiates et une différée après administration à 3 malades de 5.000.000 U de pénicilline. Ultérieurement d'autres auteurs ont dû, pour parvenir au même résultat, utiliser des doses plus élevées, de 6.000.000 à 12.000.000 U et même 66.000.000 U dans un cas de H. GOUGEROT & J. HEWIT. Mais, en contre-partie, de très nombreuses publications ont fait état d'échecs, si bien que l'on accorde guère actuellement à la pénicillinothérapie qu'un très mince crédit.

Bien entendu, aussitôt que ces produits furent utilisables, les antimitotiques ont été essayés. La moutarde azotée a déçu OBSERNE & WINTROBE. La cyclophosphamide (ENDOXAN) et le thiotepa ont valu chacun un échec à F.G. MARILL & M. YSMAIL DAHLOUK (223). Mais il faut retenir que W. SCOTT et J.A. VOIGT jugent favorablement l'action de la vuiblastine. notamment en Afrique centrale où ils l'ont

.../...

employée (319). et R. DEGOS & Coll. ont signalé les très bons effets qu'ils ont obtenus grace au chloraminophène (74).

Il est incontestable que les meilleurs résultats obtenus reviennent à la radiothérapie, tous les auteurs sont en accord sur ce point. Cette action serait décisive sur les lésions jeunes. Mais dans la grande majorité des cas l'application de R.X. est incapable d'interrompre définitivement l'évolution de la maladie.

Pour les lésions jeunes, il convient de pratiquer une radiothérapie à bas voltage poussée jusqu'à, l'érythème cutané. Pour les lésions anciennes et importantes, les doses varient entre 1.000 et 4.000 r, sous 100 kv, à une distance de 20 à 30 cm. Les tumeurs des organes profondes et les adénopathies doivent être traitées sous 200 kv pour BLUEFARB.

Un récent travail de CASTELAIN P.Y. & Coll., faisant état des résultats obtenus en Afrique du Sud par L. COHEN, (51) et par P.E. PALMER, (267) apporté de très intéressantes précisions sur les conditions du traitement radiothérapique :

- dans 30 p 100 des cas, l'extension lésionnelle exclut tout autre possibilité d'action que la chimiothérapie générale palliative :
- dans 35 p 100, les résultats obtenus sont très bons;
- dans 35 p 100 des cas, la rétrocession des lésions n'est qu'incomplète ou passagère :
- cependant, il convient de retenir que dans 25 p 100 des cas, le traitement est responsable d'accidents de nécrose.

Les auteurs précités ont employé exclusivement la radiothérapie conventionnelle, à rayons superficiels, semi-pénétrants ou pénétrants. C'est pour réduire au minimum les risques de radio-lésions qu'ils conseillent de recourir à un rayonnement de haute énergie.

L'emploi de la radiumthérapie en place de la radiothérapie a été proposé par MAC KEE (213), puis par HANSEN (160). Mais les difficultés techniques soulevées par la diffusion des lésions ne permettent qu'exceptionnellement ce traitement.

Bien entendu, les isotopes radioactifs ont été essayés à l'encontre de la maladie de kaposi : en premier lieu l'arsenic 76. CASTELAIN P.Y. a choisi le césium I37 qui lui semble constituer à l'heure actuelle l'arme la mieux adaptée à ce traitement, en raison de son énergie intermédiaire entre la radiothérapie conventionnelle et le COBALT 60, ainsi que les autres sources de radiation de haute énergie (46). Les indications de la césiumthérapie

et celles de la radiothérapie conventionnelle ne doivent pas être systématiques, mais discutées à propos de chaque cas.

Mais à côté du traitement médical, le traitement chirurgical prend une place d'un certain intérêt, au moins dans des cas bien définis. Il semble que l'exérèse des lésions à leur début ne s'oppose pas à la progression de la maladie. Cependant, chez un malade de R. DEGOS, l'amputation d'un pied à eu pour conséquence l'effacement des lésions sur l'autre membre inférieur. Il reste enfin que certaines tumeurs ou trop volumineuses ou trop infectées ne sauraient relever d'un autre acte que d'une opération de propreté, voire d'une amputation. De toute façon, la multiplicité des lésions impose très habituellement une limite à la chirurgie, même au stade de début de la maladie.

Ainsi, à côté de rares résultats heureux, plus fréquemment d'effets palliatifs, les mêmes méthodes de traitement aboutissent fréquemment à des échecs. Il n'existe à l'encontre de la maladie de kaposi aucune arme spécifique et de la meilleure, qui en l'état actuel est la radiothérapie, on ne saurait guère attendre que des effets suspensifs, et à terme.

Tels sont les grands traits sous lesquels cette réticulose angéiogène qu'est l'acro-sarcomatose de kaposi se présente dans presque tout le Monde. Cependant, une importante série de travaux nous apprennent depuis une vingtaine d'années qu'en Afrique noire, plus précisément en Afrique centrale, l'angio-sarcomatose se présente sous une physionomie très différente.

Alors que l'incidence de la maladie de kaposi demeure toujours peu élevée, même dans les régions du globe où elle affecte une relative fréquence, l'angio-sarcomatose affecte en Afrique noire une proportion comparativement considérable de malades.

En Europe, la maladie se voit par préférence dans les pays du centre du continent et surtout dans ceux qui sont limitrophes de la mer méditerranée. Mais en Europe comme aux U.S.A., l'ordre d'incidence ne serait guère que de 0,06 p 100 des tumeurs malignes : CASTELAIN P. Y., AMALRIC R., SPITALIER & ROUX (46). En Asie, les individus le plus souvent atteints seraient originaires du Proche-Orient, de l'Inde : BANERJEE B.N. (15), de l'Irak : A.F. NAJI (251), du Japon : KAZUO-KAZEGAWA (187). Il faut toutefois observer que seulement 15 cas d'acro-sarcomatose ont été signalés au Japon depuis 1919 (187) et qu'ainsi cette notion de "fréquence" ne peut être reçue sans correctif.

Par opposition, l'incidence de la maladie de kaposi en Afrique infra-saharienne s'élève à des taux inconnus ailleurs. (3 ; 18 ; 19 ; 22 ; 23 ; 41 ; 42 ; 49 ; 55 ; 66 ; 67 ; 68 ; 69 ; 111 ; 115 ; 118 ; 129 ; 164 ; 184 ; 209 ; 210 ; 273 ; 285 ; 286 ; 327 ; 328 ; 329 ; 337 ;).

Ainsi, St ROTHMAN (310) signale que l'on observe 200 fois plus de cas de l'affection au congo qu'à Chicago.

Un autre point particulièrement intéressant, puisqu'il ouvre matière à discussion sur l'origine et la nature de l'acro-angiomatose, et que les statistiques établissent à l'évidence que cette haute incidence affecte spécialement la population d'Afrique équatoriale, mais ~~non~~ celle d'Afrique tropicale. C'est ainsi qu'on trouve en Afrique occidentale un taux de 0,4 p 100 par rapport à l'ensemble des tumeurs malignes selon CAMAIN (41) ; en Gold-Coast, 0,8 p 100 pour EDINGTON : au Nigéria 2 p 100 pour G.C. SMITH et B. ELMES (329) ; en Afrique du sud, 1,4 p 100 pour Higginson (166). par contre, le pourcentage s'élève à 6,9 p 100 en Afrique équatoriale pour PELISSIER (275) ; au Congo-Belge à 8,9 p 100 pour Thys (348) ; en Uganda, à 3,6 p 100 pour DAVIES (69) et au Kenya 5 p 100 pour Clark (49).

Il faut bien dire cependant que la disparité numérique des groupes dont les auteurs font état ne confère pas à ces différentes statistiques une comparable valeur

de démonstration. Ainsi, 2 cas d'angio-sarcomatose sur 50 tumeurs malignes soit 4 p 100 ; CLARK A. (49). 230 cas pour 2569 tumeurs, soit 8,9 p 100 : THYS (348).

On peut penser que c'est parce que leurs observations portent sur de petites séries que deux auteurs parviennent, pour l'Afrique équatoriale, à des estimations aussi différentes : 18 cas sur 194 tumeurs malignes, soit 9,2 p 100 (Pelissier : 375) ; 1 cas pour 98 tumeurs, soit 1 p 100 (DEPOUX).

Par contre, quatre autres bilans portent sur des effectifs qui affluent tout crédit ; CAMAIN (41), (12 cas sur 4554 tumeurs) : DAVIES J. N. P. (69) (51 cas pour 1553 tumeurs), EDINGTON (10 cas pour 1193 tumeurs), THYS A. (348) ; (230 cas pour 2569 tumeurs).

La prépondérance dans le sexe masculin est certes d'ordre classique : 36 cas chez les femmes sur 356 dans la statistique de DORFFEL : 40 sur 500, dans celle de KRENN : 6 sur 70 pour REYNOLDS, WINKELMAN & SOULE (295) ; 8 sur 28 cas pour R. DEGOS & Coll. (76). Mais cette orientation selon le sexe paraît encore plus nette parmi les kaposiens d'Afrique noire. Si la statistique établie par THYS (348) donne des chiffres qui ne sont pas tellement inférieurs à ceux que nous venons de citer : 18 cas dans le sexe féminin sur 230 malades, celle de DAVIES (68, 69) donne une indication plus franche : 1 cas féminin sur une série de 57 sujets atteintes.

Ainsi que nous l'avons exposé ci-dessus, il est classique de considérer que la maladie de kaposi frappe des sujets ayant atteint la deuxième moitié de la vie : l'âge d'élection se situe entre 50 et 70 ans. Certes quelques faits sont connus, touchant des enfants et des adolescents mais ils restent exceptionnels. En Afrique noire, si la maladie prédomine vers les troisième et quatrième décennies les enfants et adolescents sont touchés avec une relative fréquence (QUENUM A. & CAMIN E. (286) ; SERAFINO X. TESTU J. & DIOP A. (322) ; LOTHE E. (208) ; PAYET M. & Coll. (274) ; TASQUE & Coll. (340) ; ACKERMAN ET MURRAY (3). Un bilan statistique met en évidence cette particularité sur 1.256 observations d'acro-sarcomatose, DUTZ & STOUT (95) comptent 40 cas chez l'enfant au dessous de 6 ans, sur lesquels 18 sont originaires d'Afrique Noire. (DAVIES & LOTH (67)).

A ces conditions, déjà inhabituelles, se surajoutent deux ordres de particularités, beaucoup plus significative,

.../...

l'expansion des déterminations lésionnelles et la rapidité de l'évolution.

Il est certain qu'en Afrique infra-saharienne comme en toutes autres contrées, la maladie de kaposi se marque par des lésions cutanées à type d'infiltrats, de tâches, de placards érythémato-angiomateux, de nodules, de tumeurs prédominant aux extrémités, s'accompagnant dans une certaine proportion des cas de déterminations osseuses ou viscérales. Mais en Afrique noire, ces altérations cutanées revêtent le plus souvent un développement très important.

Les nodules sont volumineux, devenant franchement kératosiques sur les extrémités et prenant un aspect verruqueux. Les infiltrats sont massifs. Les tumeurs acquièrent un volume considérable. Les ulcérations sont très fréquentes, si non constantes. L'éléphantiasis est habituel et très développé.

Les localisations ganglionnaires sont presque de règle : elles évoquent cliniquement la maladie de HODGKIN et, notamment dans les formes ganglionnaires pures, seul l'examen histo-pathologique est capable d'établir le diagnostic ; ces formes, qui s'accompagnent constamment d'ulcérations après quelque délai d'évolution, sont celles qui affectent la plupart des jeunes enfants et semblent assez spécifiquement africains (DAVIES (67) : TASQUE & Coll. (340).

Les atteintes osseuses ont été particulièrement étudiées par DAVIES A.G.M. (66). Elles se traduisent radiologiquement par des lacunes ou des images de destruction qui restent souvent latentes. Mais certaines d'entre elles s'extériorisent dans des conditions inhabituelles, par exemple sous l'aspect de tuméfaction de phalanges qui rappelle l'aspect du spina ventosa tuberculeux, avec déformation de doigts ou tétine ou en boudin qui n'accompagne guère de gêne fonctionnelle.

Les déterminations viscérales ne sont pas exceptionnelles. Elles se caractérisent par des nodosités rosées, bien délimitées, toujours développées au dépens du conjonctif lâche, et de ce fait susceptibles de siéger sur les appareils les plus divers. Ces lésions peuvent n'intéresser que les viscères pendant toutes l'évolution qui demeure volontier silencieuse, et leur découverte constitue une

trouvaille au cours d'interventions chirurgicales ou à l'occasion d'autopsie. Dans d'autres cas, l'angio-sarcomatose débute d'abord par de telles lésions viscérales et ne s'associe que secondairement des altérations cutanées.

Bien que des regressions spontanées aient été observées, la maladie de kaposi évolue le plus généralement en Afrique noire sous une forme à la fois sévère et rapide : expansion des lésions, développement volumineux des tumeurs et des adénopathies, importance des ulcérations. Un tel mode d'évolution est pratiquement de règle chez l'enfant. La mort subite peut frapper certains sujets atteints de formes viscérales pures; mais elle marque également le terme, dans certains cas, de formes cutanées.

Sur le plan de l'anatomie pathologique, les lésions n'affectent pas de caractères différents profondément de ceux qui sont classiquement reconnus aux atteintes provoquées par l'angio-sarcomatose. Une seule divergence est à citer, d'ordre du reste quantitatif et non qualitatif, en rapport avec la multiplicité habituelle des localisations, nodules en chapelet de la sous muqueuse intestinale, du péritoine, déterminations laryngées, pleuro-pulmonaires, cardiaques, rénales, surréna-liennes spléniques, pancréatiques, celles-ci pouvant s'accompagner de diabète sucré. En somme, le tissu néoformé est susceptible de se développer en tous secteurs où sont représentés les éléments du système réticulo-endothélial, avec une certaine prédilection pour ceux du "derme hématopoïétique".

Sur le plan de l'histo-pathologie, on trouve l'association constante de néoformations vasculaires, de prolifération de cellules ramousses et d'éléments libres, pouvant s'associer des réactions sanguines des plus polymorphes et des processus leucosiques ou granulomateux.

Enfin, une très curieuse particularité affecte la maladie de kaposi en Afrique noire, c'est quelle se manifeste dans un cadre bien précis sous les formes que nous avons discutés. Elle se voit électivement, nous l'avons déjà consigné, en Afrique équatoriale, mais elle y frappe spécifiquement

l'ethnie bantoue du Zaïre, en Ouganda, dans l'Est Africain et jusqu'en Afrique australe. C'est dans ce cadre qu'elle est comparativement très fréquente, qu'elle se manifeste par des lésions multiformes et expansives quelle s'associe avec une relative fréquence à la maladie de HODGKIN, au lymphosarcome, au mycosis fongoïde. Et dans l'ethnie bantoue, ces formes se voient à tout âge, mais avec une fréquence relative chez l'enfant, la mortalité étant plus élevée dans la première décennie d'âge (LOTHE (208)).

La situation que l'on enregistre ainsi, marquée par l'incidence et la sévérité de la maladie de kaposi dans une contrée donnée et parmi les membres de l'un des groupes humains qui peuplent cette région, incite évidemment à rechercher les raisons d'un tel état. On avait déjà noté la relative fréquence de la maladie, par exemple parmi les populations du bassin méditerranéen. Cependant, en ce qui concerne l'Afrique équatoriale et l'ethnie bantoue les faits sont autrement précis. Mais, si le rôle éventuel de l'un ou l'autre des deux facteurs a été incriminé en l'objet, celui du facteur génétique et celui de l'environnement, il faut reconnaître que les conjectures soulevées sur ces points demeurent encore sans réponse.

Un facteur génétique pourrait intervenir puisque c'est dans une ethnie précise que l'affection atteint son taux le plus élevé. Mais sous quelle forme interviendrait-il, on l'ignore ; et la difficulté d'une enquête générale de synthèse, en Afrique noire, du fait de la complexité des répartitions ethniques, n'aide guère à obtenir à ce propos les précisions désirables.

Le rôle de l'environnement peut également être pris en considération. C'est à cette interprétation que se rallie J.N.P. DAVIES. Mais l'étude du climat, du sol, des modes alimentaires, des conditions sociales, des coutumes ne fournit aucune donnée susceptible d'orienter vers un facteur étiologique précis. Certains auteurs, comme MORETTI, pensent que le type de nourriture, en forêt, pauvre en protides, aurait pour conséquence une hypoglobulinémie et que cette anomalie "macromoléculaire" serait susceptible de jouer un rôle. Mais rien n'est démontré en objet - et il faut bien observer que d'autres populations africaines sont, elles aussi, soumises à une nutrition déséquilibrée, dans ses grandes lignes comparable à celle du Bantoue, sans que la maladie de kaposi soit pour autant plus fréquente parmi elles.

L'environnement pourrait encore être à l'origine de transmissions microbiennes, parasitaires ou virales dont les agressions répétées sur le tissu rético- endothélial pourraient intervenir. Mais nous demeurons là sur le plan d'hypothèses pures, ne reposant sur aucune assise démontrée.

Sur les conseils de notre maître, M. le Professeur F.G. MARILL, nous nous proposons de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude de la maladie de Kaposi en Algérie, dans l'intention d'établir en premier lieu sous quelle forme se présente dans ce pays l'acro-sarcomatose et, en second lieu, si elle y revêt des caractères qui la rattachent au Kaposi africain.

Pour disposer d'un matériel d'étude plus homogène, autorisant notamment une comparaison recevable avec la situation qui est enregistrée en Afrique noire, nous avons limité notre examen aux seuls cas d'acro-angiomatose relevés dans la population antochtone d'Algérie (I).

Nous disposons, pour établir ce travail :

-d'un relevé de Mme J. MUSSINI - MONTPELLIER portant sur 10 cas, particulièrement envisagés sur le plan histopathologique ;

-de 5 observations que nous avons recueillies dans la littérature médicale ;

-de 39 observations, dont 25 sont inédites, recueillies pour II à la Clinique universitaire de dermatologie d'Alger; de 1948 à 1962, sous la direction de M. le Professeur E. HADIDA ; pour 7, dans ce même service, de 1962 à 1972, sous la direction de M. le Professeur F.G. MARILL ; pour 7, de 1950 à 1968, dans le service de dermatologie du centre hospitalier de Constantine, sous la direction de M. le Professeur F.G. MARILL.

Nous présenterons notre étude en deux parties ;

- Dans un premier chapitre, nous relèverons sous une forme résumée la documentation que nous avons réunie ;

-Dans un deuxième chapitre, nous procéderons à l'étude analytique et comparative de ces documents.

(I) A toutes fins utiles, nous précisons que, durant la période sur laquelle porte notre travail, les cas de maladie de Kaposi concernant des sujets originaires d'Algérie se sont élevés :

- dans le groupe européen à 14 (10 hommes et 4 femmes),
- dans le groupe israélite à 6 (4 hommes ; 1 femme, 1 garçons).

C. H A P I T R E -I-

 B S E R V A T I O N S

Observation n° 1

(Observation résumée)

Homme âgé de 73 ans, originaire de Kabylie, hospitalisé à Alger en 1948.

Apparition sur les paumes, 17 mois plus tôt, de tâches de coloration ocre. Depuis 6 mois, oedème de la jambe droite.

Présence de tâches érythémato-angiomateuses sur le membre inférieur droit, sur le membre supérieur droit et, quelques rares éléments, sur le tronc. Un seul nodule, de petite dimension, à hauteur de la rotule gauche. Pied et jambe droits sont le siège d'un oedème dur, violacé, ne prenant pas le godet ; à gauche, discret oedème malléolaire. Aucune ulcération. Tâches sur la voûte palatine. Lésion discrète sur le **sillon** balano-préputial.

Adénopathie inguino-crurale droite, faite de ganglions durs, peu mobiles, non douloureux.

Fièvre à 38° - 39°.

Examen histo-pathologique

Confirmation du diagnostic clinique.

Observation n° 2

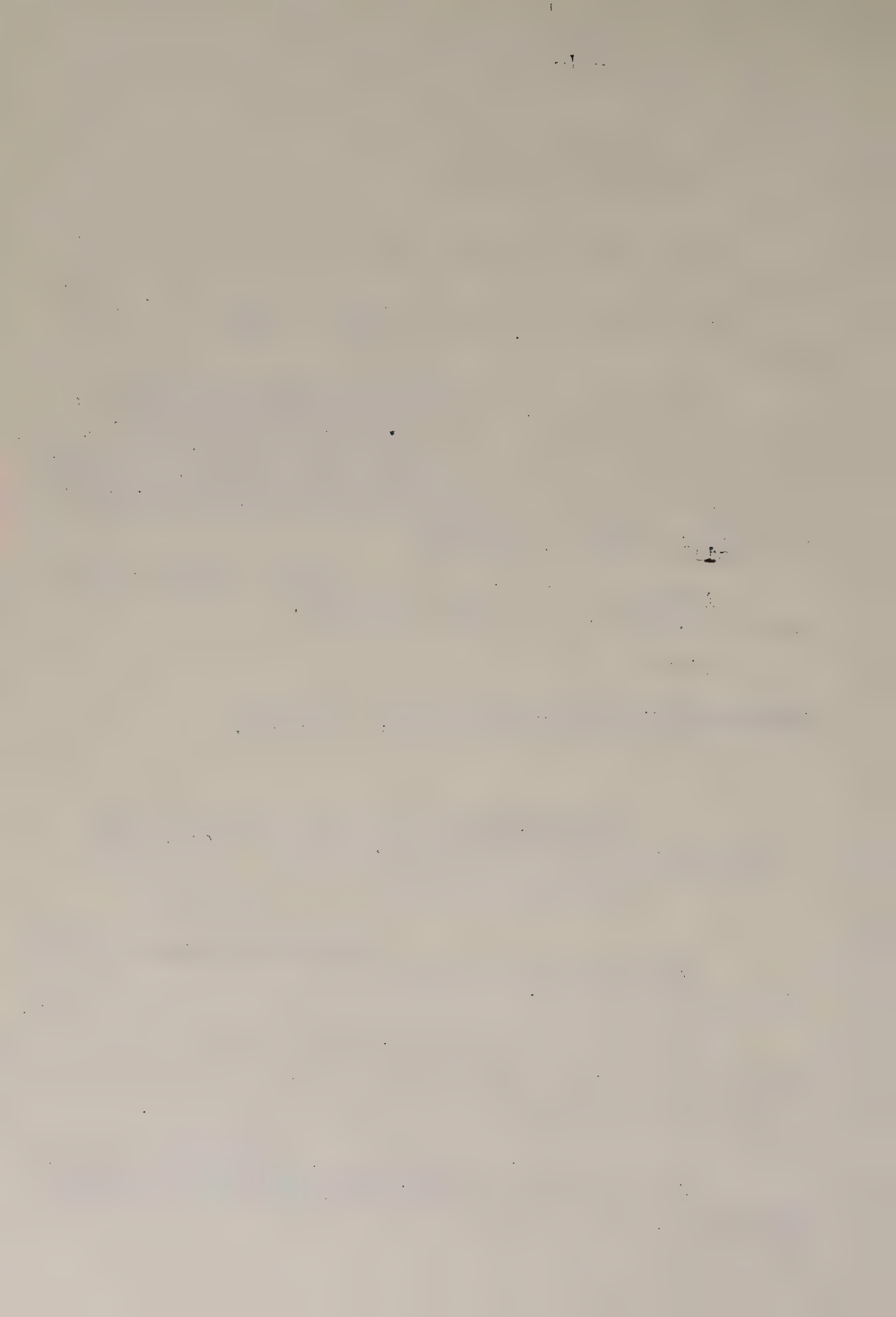
(Observation publiée par MM. E. HADIDA et Coll. (154)

(Observation résumée)

Homme âgé de 70 ans, originaire de Medjana, hospitalisé à Alger en 1948.

Le début de l'affection remonte à 4 ou 5 mois environ, marquée par l'apparition d'un oedème dur et violacé remontant des pieds jusqu'au genoux et, au niveau des mollets, de plaques angiomateuses. Deux mois plus tard, un élément bourgeonnant se constitue au niveau du pied droit.

Après deux mois d'évolution, apparaissent sur le pied droit des nodules et placards angiomateux sur le poignet droit. Pas d'ulcération. Pas d'adénopathies. Prurit généralisé.



Examen radiologique :

Aucune lésion osseuse.

Histologie :

"Structure granulomateuse avec vascularité systématique marquée et présence d'un foyer offrant la structure de la sarcomatose de Kaposi (réticulo-histiocyto-sarcomatose)" (Pr. J. MONTPELLIER).

Observation n° 3

(Observation publiée par Gillet (125)

(Observation résumée)

Homme âgé de 30 ans, originaire de Djelfa, est hospitalisé en 1948 à Alger.

Le début de l'affection remonte à 16 mois environ, marqué par l'apparition de tuméfactions indolores roulant sous la peau du poignet gauche et de l'avant bras droit.

Nodules de la taille d'une noisette à une noix, durs, siégeant sous la peau, n'adhérant aux plans ni superficiel ni profond. Pas d'ulcération au niveau des lésions.

L'examen somatique n'apprend rien, hormis la présence d'une splénomégalie peu importante : absence d'ulcération, d'œdème, d'adénopathie.

Examen radiologique

Pas de lésions osseuses

Histologie

"Il s'agit d'une maladie angiomateuse de Kaposi".

Observation n° 4

(Observation publiée par MM. E. HADIDA et Coll. (155)

(Observation résumée)

Lar. Idir, homme âgé de 29 ans, né en Kabylie, cuisinier, est hospitalisé à Alger en 1949.

Le début de la maladie remonte à 1 an, marqué par l'apparition, sur la face plantaire du pied droit, d'une lésion circonscrite, rouge, à peine saillante, infiltrant le derme, dure, des dimensions d'une pièce de 0,50 F. Six mois plus tard s'est développée une adénite inguinale droite.

A l'âge de 9 ans, adénite cervicale et inguinale d'origine très probablement tuberculeuse.

Biopsie exérèse de la néoformation plantaire :
"le diagnostic d'angio-sarcomatose de Kaposi s'impose histologiquement. On relève sur les coupes un grand polymorphisme de structure : des zones correspondant au sarcome fibroblastique, fasciculé, plexiforme ; des foyers d'aspect réticulaire et d'ailleurs riches en collagène ; la présence d'éléments cellulaires plus volumineux, multinucléés (histiocytes polykariés) ; des îlots granulomateux ; et surtout des plages riches en éléments lymphocytiiformes. Le pigment sanguin est rare ; l'aptitude angioblastique, marquée en certains points, est nulle en d'autres. Enfin absence totale de limitation des lésions qui passent insensiblement au tissu sain" (Professeur J. M. MONTPELLIER).

Le malade refuse alors un prélèvement ganglionnaire et quitte le service.

Il y revient six mois plus tard, car son état général décline et la tuméfaction de l'aîne ne cesse d'augmenter de volume. Sur la plante du pied droit, la cicatrice opératoire et, sur le bord interne du pied, faisant corps avec les plans sous-jacents. Le triangle de Scarpa droit est occupé par une masse inflammatoire, rouge, douloureuse, fluctuante, grosse comme une mandarine, laissant l'impression d'une collection suppurée. La ponction ne ramène que du sang et durant quelques jours, il se produit par l'orifi-

ce de ponction une hémorragie distillante. La température oscille entre 37°5 et 38 °.

Les examens biologiques sont normaux.

Traitement

Le malade a reçu 15 millions U. de pénicilline qui n'ont donné aucune amélioration. Au 9ème jour de traitement hématémèse avec chute du taux des globules rouges à 2 millions/MM³. Des transfusions ont redressé la situation.

Un traitement par la moutarde à l'azote a été proposé au malade qui a refusé ce traitement et a quitté l'hôpital.

Il devait mourir chez lui peu de temps après.

Observation n° 5

(Observation publiée par H. RAYNAL & Coll. (292)

(Observation résumée)

Homme âgé de 42 ans, originaire de Bou-Hanifia, est vu à Sidi-Bel-Abbès en 1950.

Le début de l'affection remonte à 20 ans, marqué par l'apparition de lésions cutanées au niveau des jambes et du flanc gauche.

Sur la jambe gauche, sur un fond pachydermique, placards angiomateux, tâches plus ou moins coalescentes et six petits nodules de la taille d'un pois. Sur la jambe droite, lésions de mêmes caractères. Sur le flanc gauche, tâches d'un brun tirant sur le noir. Ulcération d'un centimètre de diamètre sur la malleole externe gauche, apparue depuis 1 mois 1/2.

Le membre inférieur gauche est le siège d'un oedème mou. Pas d'adénopathie. Température s'élevant jusqu'à 38°6. Bon état général.



Examens paracliniques

Les examens de routine sont normaux. Pas de lésions osseuses.

Histologie

"L'examen histologique montre :

-un épiderme ulcéré avec, en surface, une notable réaction inflammatoire banale :

-un épiderme offrant des lésions polymorphes caractérisées par :

des plages sarcomateuses d'éléments fusiformes riches en mitoses, prenant en certains points un aspect réticulé et aptitude angioplastique marquée ;

des ilots d'éléments réactionnels, surtout périvasculaires, constitués des histiocytes et de nombreux fibroblastes ; pigment sanguin peu abondant.

En définitive, image caractéristique d'angiosarcomatose de Kaposi".

Observation n° 6

(Observation publiée par MM. E. HADIDA, F.C. MARILL et coll. (155)

(Observation résumée)

GUERR. Lamri, homme âgé de 72 ans, originaire du Khroubs, atteints de diabète, est hospitalisé à Constantine, en 1952, pour des manifestations cutanées évoluant depuis deux ans.

Les pieds et les mains sont le siège de taches bleues violacées, de plaques pigmentées et de placards infiltrés légèrement surélevés. Sur la face plantaire et sur les extrémités des orteils du pied gauche, petites tumeurs angiomeuses dont certaines sont pourvues d'un revêtement corné. Sur les deux pieds, la pulpe des quatre premiers orteils et les espaces interdigitaux sont hérissés d'excroissances miliaires verruqueuses.

Ankylose tibio-tarsienne, séquelle d'une ancienne ostéo-arthrite. Diabète sucré ancien. Le reste de l'examen

clinique n'apprend rien.

Les examens biologiques fournissent les indications suivantes : hémogramme et médullogramme, normaux ; glycémie, 3,14 g ; glycosurie : 39 g p. I.000.

Examen histo-pathologique

Première parcelle (pied) : "Epiderme très fortement corné. Derme : corps papillaire : quelques capillaires néoformés. Dans le chorion, présence d'assez nombreux vaisseaux de type capillaire dilatés (aspect angiomatoïde). Très rares éléments histiocytaires disséminés".

Deuxième parcelle (avant bras) : "Epiderme fortement kératinisé : basale pigmentée. Derme : dans le chorion, on note dans un point d'assez nombreux vaisseaux dilatés, pleins de sang, serrés les uns contre les autres (aspect nettement angiomatoïde) et un infiltrat nodulaire dans la partie profonde du chorion, constitué par des éléments fusiformes, s'écartant les uns des autres en quelques points pour délimiter des failles lacunaires. A côté de ces éléments allongés, quelques cellules rondes lymphohistiocytaires. En définitive : l'image de la deuxième parcelle s'accorde très bien avec le diagnostic d'angiosarcomatose de Kaposi. Il est probable que cette deuxième parcelle intéresse non pas un élément "tumoral", mais un élément "plan" (R. Streit).

Traitement

Radiothérapie : 3.000 r sur chaque pied. Résultat peu satisfaisant.

Observation n° 7

(Observation publiée par MM. E. HADIDA, F.G. MARILL et
Coll. (I55)

(Observation résumée)

Boura Salah, originaire d'Aïn-M'lila, homme âgé de 45 ans, est hospitalisé à Constantine, en 1952.

Nodules violacés ou noirâtres et placards angicmateux de même couleur, irrégulièrement répartis sur les quatre membres, mais prédominant sur le membre inférieur gauche. Certains de ces éléments sont recouverts d'un épiderme aminci, atrophiques ; trois d'entre eux, situés à la plante du pied, sont exulcérés. La jambe est le siège d'une infiltration oedémateuse dure. Pas de localisations profondes. Bon état général.

Des examens biologiques sont à retenir les résultats suivants : sérologie de la syphilis : positive ;

-médullogramme subnormal.

Examen histo-pathologique

"Quelques aspects plaident en faveur de la maladie de Kaposi. Il existe en effet des plages d'éléments inflammatoires, surtout lymphocytaires, à dispositif périvasculaire et autour des glandes sudoripares. Certaines cellules, aux alentours, sont fusiformes et prennent un aspect légèrement sarcomatoïde, il existe de plus quelques néovaisseaux (aspect angiomatoïde)" (Dr. R. Streit).

L'aspect ainsi décrit ne paraissant pas assez démonstratif, une nouvelle biopsie est pratiquée : "présence dans le derme moyen et profond de nappes d'éléments allongés, fusiformes, disposés en faisceaux plus ou moins tourbillonnant qui s'écartent pour limiter de nombreux capillaires. Il existe un grand nombre de cellules lymphocytiformes et histiocytaires qui s'intriquent avec ces nappes angiomatoïdes. Pas de monstruosité, pas de mitoses" (Dr. J. Mussini-MONTPELLIER).

Traitement

Le traitement qui a comporté successivement : 15.000.000 U de bipénicilline, 90 g d'Auréomycine et 30 g de Terramycine est demeuré inopérant.

.../...

Observation n° 8

(Observation publiée par E. HADIDA ; F.G. MARILL et
Coll. (I55)

(Observation résumée)

Ahc. B., homme âgé de 20 ans, originaire de Prévost-Paradol, est hospitalisé à Alger, en Août 1952, pour tumeurs angiomeuses des pieds et des mains évoluant depuis trois ans.

Sur les mains et les pieds, tumeurs angiomeuses de taille variable, de consistance ferme, de couleur rose-violacée ou noire. Certaines d'entre elles sont recouvertes de squames épaisses, adhérentes ; sur d'autres, l'épiderme apparaît aminci. Les extrémités des doigts sont de teinte vineuse. Les orteils et la voûte plantaire sont le siège d'une pigmentation brônâtre. Il existe sur le sillon balanopréputial une néoformation d'aspect angiomeux du volume d'une noisette.

Les ganglions inguinaux et axillaires sont augmentés de volume.

Des manifestations broncho-pulmonaires se traduisent sur les radiographies "par trois grosses masses tumorales siégeant au niveau des hiles droit et gauche et par de petites zones de condensation isolées les unes des autres se voyant dans les deux champs pulmonaires". Les tomographies de cm en cm montre la dissémination de multiples éléments parenchymateux dans toute l'épaisseur des poumons, particulièrement aux bases et de volumineuses adénopathies, surtout à gauche.

Bacilloscopies répétées : négatives. Bronchoscopie. "Pas de bourgeons au niveau des parties explorables. Compression postérieure et externe de la branche souche droite au dessus de l'abouchement de la lobaire supérieure, compression interne au niveau du segment intermédiaire" (Dr. Zaffran). Cytodiagnostic des sécrétions prélevées par broncho-aspiration : pas de cellules suspectes. Malade très amaigri, porteur d'un hépato-splénomégalie importante, sans antécédents palustres, chez lequel la recherche d'hématozoaires dans le sang est négative.

Les examens biologiques de routine sont normaux :



seul l'hémogramme net en évidence une anémie hypochrome de moyenne importance ; médullogramme et splénogrammes sont normaux.

Examen histo-pathologique

"Aspect fortement angiomateux : nombreuses cavités bordées par un endothélium bien constitué ; certaines de ces cavités, dépourvues de revêtement, ont l'aspect de lacunes. Nappes cellulaires formées d'éléments allongés, fusiformes, à disposition fasciculée et plexiforme. Protoplasma assez fortement éosinophile, sans striation aux colorations au fer. Noyaux irréguliers mais sans monstruosité. Assez nombreuses mitoses mais non atypique. Infiltrat inflammatoire discret fait de polynucléaires en surface, d'histiocytes en profondeur" (Mme J. Mussini-Montpellier).

Traitement

Le malade reçoit 15 millions U de bipénicilline, puis 64 g d'Auréomycine, sans aucun résultat.

Observation n° 9

(Observation publiée par MM. E. HADIDA, F.G. MARILL et Coll. (155)

(Observation résumée)

Fed. Bekhada, homme âgé de 39 ans, originaire de Saint-Lucien, est hospitalisé à Alger, en juin 1952 et septembre 1953, pour des lésions nodulaires qui sont apparues brutalement sur la main droite en 1950, s'étendant en 5 ou 6 jours à plusieurs doigts de la main droite, puis qui ont envahi par poussées successives les pieds, les bras, les avant-bras, les mains. Syphilis ancienne, traitée pendant 8 ans.

En juin 1952, lésions cutanées, essentiellement en nodules, en éléments disséminés particulièrement répartis sur les extrémités des membres.

Localisation sur l'hypopharynx, au niveau de la commissure antérieure, sous forme d'une tumeur volumineuse, qui, à l'examen histo-pathologique, s'avère être un angio-neuro-myome.

Hématuries visécales : à l'examen cystoscopique, hypervascularité sur le trigone.

Radiothérapie : 3.600 r répartis à raison de 1.200 r par champ. Amélioration remarquable : affaissement des lésions non ~~seulement~~ sur les secteurs irradiés, mais encore sur les secteurs non irradiés.

En septembre 1953, éléments cutanés de deux ordres disposés sur les quatre membres : des nodules angiomeux, violacés, de dimensions variables, de consistance ferme ou molle, faisant nettement saillie sur le tégument avoisinant ; des placards plans, d'allure angiomeuse, de teinte lie-de-vin, avec pigmentation brune périphérique.

Les mains et les pieds sont infiltrés d'un oedème dur ; les mouvements de la main sont de ce fait sensiblement limités.

Il existe des plaques et un nodule angiomeux sur la face interne des joues.

Pas d'adénopathies.

Les examens biologiques de routine, notamment les hémogrammes, sont normaux.

Examens histo-pathologiques

Premier examen : "La parcelle remise montre : un épiderme malpighien kératinisant normal. Derme : le corps papillaire est indemne. Les lésions se trouvent au niveau du chorion s'étendant en profondeur jusqu'à l'hypoderme qu'elles n'intéressent pas. Elles consistent en plages très étendues et très denses de cellules allongées, d'aspect sarcomatoïde, mais ne présentant pas de signe de malignité : pas d'anomalies nucléaires, pas de mitoses. Ces cellules fusiformes s'écartent souvent pour dessiner des cavités vasculaires nombreuses qui donnent un aspect franchement angiomeux. Enfin existent en certains endroits, peu fréquemment d'ailleurs, quelques amas de cellules inflammatoires lymphocytiformes.

En définitive, l'image histologique est celle d'une angiosarcomatose de Kaposi " (Dr R. Streit)."

Deuxième examen : "Nombreuses formations vasculaires angiomateuses, en général peu volumineuses, avec, en certaines zones, multiplication des éléments endothéliaux. Plages étendues, denses, formées de cellules fusiformes, suivant un dispositif fasciculé et plexiforme rappelant tout à fait le sarcome fuso-cellulaire, mais il n'existe pas de signes cytologiques de malignité, pas de monstruosités cellulaires, pas de mitoses anormales. Infiltrat de cellules lymphocytaires siégeant en bordure et au sein des nappes sarcomatoïdes ; tatouage discret par du pigment sanguin " (Dr J. Mussini-Montpellier).

Traitement

Aucune amélioration après administration quotidienne de I.200.000 U de Flocilline pendant 50 jours, soit au total 60.000.000 U. Pas davantage après administration de 2 grs de Terramycine par jour, pendant 25 jours, soit 50 grs au total, poursuivie parallèlement à la deuxième moitié de la cure de pénicilline.

Radiothérapie : Sur la main droite, 500 r, puis 500 r à 15 jours d'intervalle, puis 200 r tous les 2 jours, jusqu'à la dose totale de 2.000 r : dès le 4ème jour, affaïssement notable des lésions avec diminution des douleurs. Trois mois plus tard, reprise des irradiations : 3.600 r, à raison de I.200 r sur 3 champs : amélioration très appréciable, affaïssement des lésions en relief, même au niveau de l'avant-bras droit sur lequel les rayons n'ont pas été appliqués. Cet état s'était maintenu, deux mois plus tard, lors de l'exeat du malade.

Observation n° 10 (Observation résumée)

Da. Kouider, homme âgé de 56 ans, originaire de Théniet-El-Had, est hospitalisé à Alger, en juillet 1954, pour maladie de Kaposi ayant débuté trois mois plus tôt.

Sur les pieds, présence de nodule de tailles variables, dont certains sont isolés, tandis que d'autres confluent pour former des nappes infiltrées dont la surface est recouverte de formation papillomateuse "en choux-fleur". Sur le flanc gauche, un nodule en peau saine, arrondie, enchâssé dans le derme, de surface lisse et luisante, de couleur rouge, de consistance élastique. Sur la main gauche, grosse masse et oedème considérable. Sur l'avant-bras gauche, plusieurs nodules ulcérés. Un nodule sur chaque oreille. Les radiographies du squelette permettent de repérer les altérations suivantes : arthrose C 5 - C 6 ; ostéophyte de la tête humérale ; ostéolyse des pièces osseuses des métacarpes et des métatarses. Prurit assez intense.

Les examens biologiques de routine sont normaux, notamment l'hémogramme.

Examen histo-pathologique

"Angiosarcomatose de Kaposi typique. Il existe trois ou quatre plages sarcomatoïdes. A signaler l'existence au sein de ces plages de trois ou quatre mitoses paraissant normales" (Dr. R. Streit).

Traitement

Aucune amélioration après administration de 40.000.000 U de bipénicilline. Radiothérapie : Application de 4.800 r (I.600 r sur la face dorsale des mains, I.600 r sur la face palmaire, I.600 r sur les pieds). Rétrocession de toutes les lésions cutanées.

Observation n° II

(Observation résumée)

Am. Lakhdar, homme âgé de 69 ans, originaire de Teniet-El-Haad, est hospitalisé à Alger en Août 1954, janvier 1955 et février 1955, pour maladie de Kaposi évoluant depuis 2 ans.

Sur les pieds, présence de nodule de tailles variables, dont certains sont isolés, tandis que d'autres confluent pour former des nappes infiltrées dont la surface est recouverte de formation papillomateuse "en choux-fleur". Sur le flanc gauche, un nodule en peau saine, arrondie, enchâssé dans le derme, de surface lisse et luisante, de couleur rouge, de consistance élastique. Sur la main gauche, grosse masse et oedème considérable. Sur l'avant-bras gauche, plusieurs nodules ulcérés. Un nodule sur chaque oreille. les radiographies du squelette permettent de repérer les altérations suivantes : arthrose C 5 - C 6 ; ostéophyte de la tête humérale ; ostéolyse des pièces osseuses des métacarpes et des métatarses. Prurit assez intense.

Les examens biologiques de routine sont normaux, notamment l'hémogramme.

Examen histo-pathologique

"Angiosarcomatose de Kaposi typique. Il existe trois ou quatre plages sarcomatoïdes. A signaler l'existence au sein de ces plages de trois ou quatre mitoses paraissant normales" (Dr. R. Streit).

Traitement

Aucune amélioration après administration de 40.000.000 U de bipénicilline. Radiothérapie : Application de 4.800 r (I.600 r sur la face dorsale des mains, I.600 r sur la face palmaire, I.600 r sur les pieds). Rétrocession de toutes les lésions cutanées.

Observation n° II

(Observation résumée)

Am. Lakhdar, homme âgé de 69 ans, originaire de Teniet-El-Haad, est hospitalisé à Alger en Août 1954, janvier 1955 et février 1955, pour maladie de Kaposi évoluant depuis 2 ans.

Présence de plaques noirâtres sur les avant-bras les mains, les pieds et les fesses. Oedème important au niveau des malléoles.

Arythmie complète avec insuffisance cardiaque sévère.

Bilan radiologique normal.

Les examens biologiques de routine sont normaux, notamment l'hémogramme.

Examen histo-pathologique

"Néoforations vasculaires, les unes étendues, à paroi simplement endothéliales, d'autres petites, noyées dans des nodules cellulaires conjonctifs denses. Ça et là réaction lymphoplasmocytaire. Image comme on voit dans la maladie de Kaposi" (Dr. M. Lefranc).

Traitement

Un essai de traitement par 25.000.000 U de bipénicilline se solde par un échec.

Radiothérapie : A partir d'Août 1954, 4.800 r en 23 séances, sur 4 champs ; reprise en janvier 1955, 2.400 r en 12 séances sur deux autres champs ; reprise en février 1955, 1.200 r en 6 séances sur un dernier champ. Lésions considérablement améliorées.

Observation n° 12

(Observation résumée)

Ser. Mohamed, homme âgé de 65 ans, originaire d'Aumale est hospitalisé à Alger, en Septembre 1954, pour tumeurs cutanées des jambes et du pied droit évoluant depuis trois ans.

Nodules vasculaires sur le bord interne du pied droit, les jambes et la rotule gauche : arrondis, saillants de surface lisse et luisante, de couleur brunâtre, de consistance dure. Des tâches planes, éparses, de taille variables. Petite

ulcération sur la jambe droite ; deux autres ulcérations sur la plante du pied droit. Oedème d'une dureté ligneuse recouvrant la totalité des deux jambes. Aucune atteinte profonde.

Ulcère du bulbe dans les antécédents.

Les examens biologiques sont normaux, notamment les examens hématologiques.

Examen histo-pathologique

Premier prélèvement : "Au niveau du genou droit, tumeur glomique typique. Sur la cuisse droite (face interne). Hyperpigmentation de la basale épidermique dilatation des vaisseaux du derme, cette dilatation porte sur les lymphatiques surtout. Infiltrat inflammatoire lymphocytaire et plasmocytaire en nodules périvasculaires. Extravasation du pigment sanguin, pigment ferrique se retrouvant dans les histiocytes ou dans les espaces extracellulaires. Sclérose dermique. Pas de zones sarcomatoïdes.

En définitive : il n'existe pas sur cette préparation d'image typique d'angiosarcomatose de Kaposi.

Nous pensons qu'il s'agit du stade I, angio-granulomateux, d'une angiosarcomatose de Kaposi, mais nous ne pouvant l'affirmer" (Dr. R. Streit).

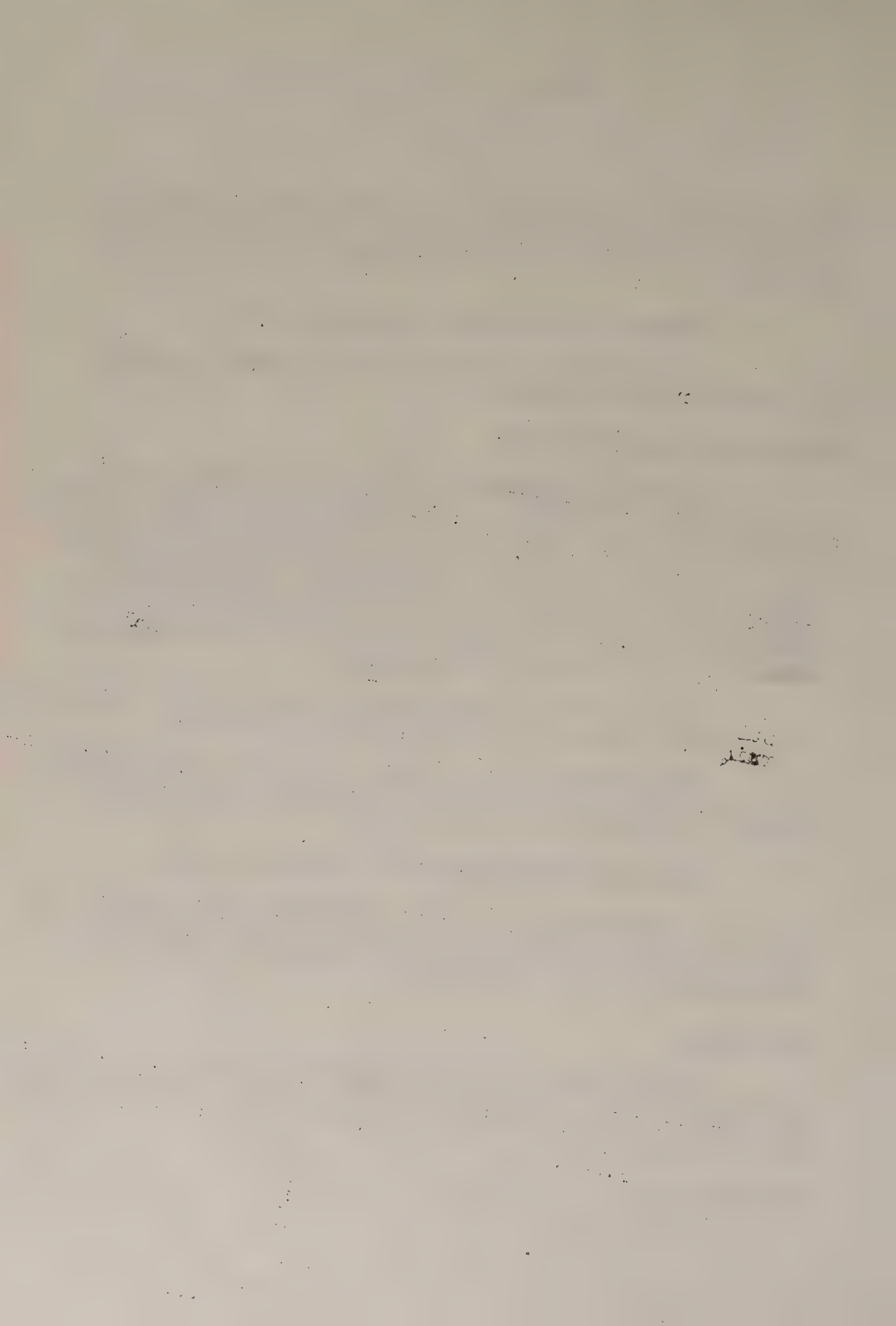
Deuxième prélèvement (10 mois plus tard) :

"Jambe gauche : tumeur glomique. Jambe droite : le fragment cutané ne montre qu'une pigmentation diffuse de la basale épidermique et un infiltrat lymphocytaire discret périvasculaire" (Dr. R. Streit).

Traitement

Administration de pénicilline : 43.000.000 U, à raison de 2.000.000 U par jour. Aucune action n'est enregistrée. Administration sans résultat de 22 gr d'auréomycine, à raison d'un gr par jour.

Radiothérapie.



Observation n° 13
(Observation résumée)

As. Mohamed, homme originaire d'Isserville, âgé de 60 ans, est hospitalisé à Alger en juin 1954, pour lésions cutanées au niveau des pieds et des mains évoluant depuis deux ans : d'abord oedème ligneux, volumineux sur le pied droit ; extension de cet oedème au pied gauche ; un an plus tard, apparition d'éléments rouges, surélevés, sur les mains.

Sur les mains, l'avant-bras gauche, le poignet droit l'épaule droite, les deux pieds, plaques érythémato-angiomateuses, légèrement infiltrées, de taille variable, de forme irrégulière, plus ou moins nettement délimitées, de coloration pour certaines rouge-violacée, pour d'autres brunâtre, recouvertes de squames adhérentes. Présence de quelques lésions tubéreuses.

Les pieds sont le siège d'un oedème dur, ne prenant pas le godet, de teinte angiomateuse.

Aucune altération osseuse.

L'examen somatique n'apprend rien.

Les examens biologiques de routine sont normaux.

"L'examen histologique confirme le diagnostic clinique de maladie de Kaposi caractérisée par des plages d'aspect sarcomatoïde ; denses, situées dans le derme moyen et profond ; des vaisseaux groupés souvent en formation angiomatoïdes un infiltrant inflammatoire lymphocytaire dispose en nodule au sein des plages sarcomatoïdes. A noter une pigmentation melanique très importante de la basale épidermique" (Dr. R. Streit).

Traitement

Echec de l'administration de 40.000.000 U de bipé-
nicilline en 40 jours.

Radiothérapie : 3.600 r en 4 champs ; à raison de 100 r par
jour : légère amélioration.

Observation n° 14

(Observation résumée)

Benaz. Kouider, homme âgé de 68 ans, originaire de Marnia, est hospitalisé à Alger, en février 1955, pour des éléments tubéreux présents depuis environ un an sur la main droite.

Main droite massive, très douloureuse à la pression, portant des lésions tubéreuses rouges-violacées dont certaines sont ulcérées. Sur les pieds, taches pigmentées et placards assez étendus, de teinte ocre. Adénopathies axillaires et épitrochléennes, peu volumineuses, mobiles, de consistance dure.

Sur les radiographies du squelette, décalcification diffuse des pièces osseuses formant les carpes, des métacarpes et des phalanges. Sur la main droite, luxation du carpe datant de 14 ans, secondaire à un traumatisme.

Les examens biologiques de routine sont normaux ; mais l'hémogramme révèle une chute des Globules rouges à 4.000.000/mm³, l'élévation du taux des éosinophiles à 8 p 100 ; sur le médullogramme, le taux des éosinophiles s'élève à 50 p 100.

Examen histo-pathologique

"Angiosarcomatose typique. A noter l'énorme dilatation des formations vasculaires d'une part, d'autre part la densité des plages sarcomatoïdes dans lesquelles nous n'avons vu aucun signe de malignité cellulaire" (Dr. R. Streit).

Traitement

Echec de la pénicillinothérapie : 37.000.000 U de bipénicilline à raison de 1.000.000 U par jour ; puis 14.400.000 U d'extencilline-bipénicilline en 2 injections par semaine.

Radiothérapie : au total 6.000 r en 3 champs, en application quotidienne : amélioration importante, diminution de l'infiltration, cicatrisation des ulcérations, affaissement partiel de certains bourgeons.

.../...

Observation n° 15
(Observation résumée)

Laï. Salah, homme âgé de 52 ans, originaire de bizot, est hospitalisé à Constantine, en novembre 1955, pour un ensemble de lésions cutanées accompagnées d'oedème massif essentiellement sur la partie inférieure du membre inférieur droit.

Le début de la maladie remonte à un an, marqué par l'apparition, sur la jambe droite, de placards érythémateux et de nodules dont l'extension est rapide. Bientôt, les mêmes accidents se manifestent sur le membre inférieur gauche puis la main et l'avant-bras gauches.

Placards érythémato-angiomateux, lie-de-vin, sur l'avant-bras et la main gauches et sur la jambe droite. Nodules assez volumineux, agrégés en importante formation, sur la jambe droite. Oedème dur, conservant le godet, donnant l'impression de pachydermie, prenant le pied et la jambe droits, le pied et la partie inférieure de la jambe gauche. Aucune ulcération. Pas d'adénopathie. Rien à retenir de l'examen général chez un homme amaigri, mais en état général encore correct.

Les radiographies du squelette mettent en évidence l'existence d'une localisation sur l'extrémité supérieur du cubitus gauche.

Les examens biologiques, notamment l'hémogramme et le médullogramme sont normaux.

Examen histo-pathologique : "Confirmation du diagnostic clinique d'angio-sarcomatose de kaposi. Le prélèvement semble avoir été fait sur un élément assez jeune, encore peu sarcomatoïde. Il existe en effet surtout des plages angiomateuses, infiltrées d'éléments lymphocytaires, occupées par des amas pigmentaires hémossidériques périvasculaires" (Dr. R. Streit).

Traitement

Le malade reçoit, sans résultat favorable, 52.800.000 U d'extencilline à raison d'une injection tous les 2 jours ; et ultérieurement, 4,800 g d'Erythromycine en 24 jours, sans effet plus heureux.

Administration de Cortisone, à doses dégressives de 300 à 100 mg par jour, soit au total 3,900 g en 20 jours, sans amélioration constatée.

• • • \ • • •

•

• • • \ • • •

Téléradiothérapie (distance focale, I m 55) : 3 applications de 10 r sur deux champs en 6 mn 30 sec. : puis, 7 séances avec application de 10 r sur 7 champs.

L'évolution défavorable se poursuit. Malade confiné au lit. Extension des placards angiomateux ; développement des nodules ; apparition de nouveaux éléments : envahissement par l'oedème de la totalité du membre inférieur droit, de la moitié inférieure du membre inférieur gauche et du membre supérieur gauche.

Le décès survient au onzième mois d'hospitalisation. A l'autopsie : localisation osseuse sur la tête du cubitus ayant provoqué une fracture pathologique de l'os : sclerose de la rate et des reins, stéatose hépatique, sans formation viscérale imputable à l'angio-sarcomatose.

Observation n° 16

(Observation résumée)

Ben. Mohamed, homme âgé de 62 ans, originaire d'Affreville, est hospitalisé à Alger, en décembre 1955 en septembre 1956, en novembre 1956 et en octobre 1957, pour oedème des pieds et des mains.

Le début de l'affection remonte à un an et demi, marqué par l'apparition sur le pied gauche, d'un oedème blanc piqueté de taches purpuriques. Peu de temps après, les mêmes manifestations s'établissent sur le pied droit ; puis sur les mains et l'avant-bras droit.

Répartis selon la topographie indiqué, placards érythémato-ecchymotiques, élevures papillomateuses, nodules. De plus, sur les pieds, oedème blanc prenant le godet.

Les lésions cutanées ne sont pas ulcérées.

L'examen radiologique ne révèle pas de lésions osseuses.

L'examen somatique n'apprend rien : pas d'hépatosplénomégalie, pas d'adénopathie, aucune anomalie cardiaque

ou rénale. Seul élément à retenir : présence de plaques de vitiligo sur le thorax et l'extrémité des doigts.

Les examens biologiques de routine sont normaux, mis à part l'abaissement du taux des hématies à 4 millions/mm³.

Examens histo-pathologiques : premier examen (main droite et jambe gauche) : "Sur un prélèvement, image typique d'angiosarcomatose de Kaposi" (Dr. R. Streit).
Deuxième examen (plaque vitiligineuse) : "la coloration de la mélanine au Fontana-Tribondeau montre l'absence totale de ce pigment au niveau de l'épiderme. Pas de lésion d'angiosarcomatose de Kaposi au niveau de ces plages vitiligineuses" (Dr. R. Streit).

Traitement

L'administration de 24.000.000 U d'extencilline à raison de 1.200.000 U par jour pendant 20 jours, demeure sans aucun effet.

Radiothérapie : En 1955, 9600 r au total, en 6 champs, à raison de 100 r par jour : amélioration importante au bout de deux mois, sans trouble de la formule sanguine. En septembre 1956, 1.500 r sur un 7ème champ, à raison de 100 r par jour, amélioration locale très sensible. En novembre 1956, reprise sur deux champs. La dose totale est de 12.100 r depuis le début du traitement. En décembre 1957, extension très importante des lésions sur la cuisse droite : reprise de 1.600 r en deux champs ; légère amélioration.

Observation n° I7 (Observation résumée)

D. Bouzid, homme âgé de 55 ans, originaire de Laghouat, est hospitalisé à Alger, en octobre 1956, pour lésions cutanées des membres inférieurs et du scrotum.

Les conditions de début de la maladie sont mal précisées par le malade de même que le mode d'extension des lésions initiales.

Les lésions siégeant sur les membres inférieurs et le Scrotum, caractérisées par des placards érythémateux dis-

séminés et de multiples bourgeons, dont certains sont pédiculés. Sur les membres, le tégument est infiltré et dur. Scrotum très épaissi. Oedème de la verge. Aucune ulcération.

Pleiade de ganglions gros et durs dans chaque triangle de scarpas.

Il ne semble pas y avoir de localisation profonde.

L'examen général n'apprend rien.

Les examens biologiques sont normaux, notamment l'équilibre leucocytaire, sauf le taux des hématies qui est légèrement abaissé et la vitesse de sédimentation qui est fortement accélérée.

Histo-pathologie :

"confirmation du diagnostic clinique".

Traitement

Aucun effet favorable n'est obtenu de l'administration de 16.000.000 U de bipénicilline en 16 jours.

Radiothérapie : application de 3.000 r sur deux champs périnéo-scrotaux. Amélioration importante des lésions.

Observation n° 18

(Observation résumée)

Koua., homme âgé de 50 ans, originaire d'Aïn-Beida, est hospitalisé à Constantine, en 1956, pour des lésions des quatre membres apparues un an plus tôt, d'abord sur les avant-bras et les membres inférieurs, sous forme de tâches, de nodules, puis d'oedème de l'avant-bras droit.

Formations angiomateuses sur l'avant-bras droit, discrètes sur l'avant-bras gauche et le membre inférieur droit. Nodules épais sur l'avant-bras droit, le membre inférieur droit et la cuisse gauche. Aucune ulcération.

Rien à retenir de l'examen somatique, notamment aucune manifestation en faveur d'une localisation profonde.

Sur les clichés radiographiques, aucune atteinte osseuse.

Les examens biologiques sont normaux, notamment l'hémogramme.

Examen histo-pathologique

Confirmation du diagnostic clinique.

Traitement

L'administration de 16.800.000 U d'extencilline en 7 jours n'entraîne aucune modification des lésions.

Observation n° 19

(Observation résumée)

S... Mohamed, garçon âgé de 15 ans, originaire de Yakouren, est hospitalisé à Alger, en 1958, avec le diagnostic d'angio-sarcomatose de Kaposi.

Le début de l'affection remonte à trois mois environ, marqué par l'apparition sur la face dorsale des pieds, à hauteur des articulations métatarso-phalangiennes, de nodules plats, saillants, durs, douloureux, de couleur livide. Par la suite, d'autres nodules se sont formés sur la face dorsale des doigts et les paumes, qui ont secondairement conflué. Puis de nouveaux éléments sont apparus sur le thorax et la paroi abdominale, sur les tempes et les joues.

Parallèlement, apparition de placards à type d'hématome, plus ou moins vastes selon les emplacements, sur les cuisses, dont la peau est chaude et sensible, sur une main, sur les avant-bras, le pavillon des oreilles.

Pas d'adénopathie.

Tuberculose pulmonaire : infiltration diffuse, de type nodulaire à droite ; lésions très probablement excavées et vraisemblablement pneumothorax apical à gauche ; rétraction du médiastin ; présence de bacilles de Kock à l'examen microscopique : 30 à 50 bacilles par champ.

Volumineuses hépatomégalie. Discrète splénomégalie.

Etat général très altéré, avec amaigrissement et anémie. Ankylose des deux derniers doigts de la main gauche. Fièvre à 38°5.

Des examens biologiques doivent être retenues les indications suivantes : anémie à 2.640.000 hématies/mm³ ; équilibre leucocytaire avec I4 p I00 de monocytes ; importante accélération de la vitesse de sédimentation.

Traitement

Le malade a reçu, sans effet favorable, 22.000.000 U de bipénicilline en II jours.

Observation n° 20

(Observation résumée)

Benal. Bénalia, âgé de 72 ans, originaire de Aïn-Boucif, est hospitalisé à Alger, en avril 1958, pour état éléphantiasique des membres inférieurs.

Le début de l'affection paraît remonter à de nombreuses années et semble avoir été marqué par l'apparition, sur la face dorsale du pied droit, de ce que le malade nomme un "bouton", qui n'a jamais suppuré ; il s'est développé un oedème progressif, avec des plaques de cyanose et des téliangectasies. Depuis deux ans, les mêmes phénomènes pathologiques se sont établis sur le pied gauche.

Sur le pied droit, oedème dur, cyanique, non douloureux remontant jusqu'au tiers moyen de la jambe. Placards croûteux grisâtres, prédominant à la face dorsale du pied et aires cyaniques alternant avec des placards télemgiectasiques. Sur le pied droit, l'aspect des lésions est comparable, mais l'oedème est beaucoup moins développé.

A l'examen radiologique du squelette, aucune lésion n'est décelée.

Amaigrissement important et mauvais état général. Volumineux lipome de la nuque datant de 20 ans.

Les examens biologiques n'apprennent rien. Hormis l'existence d'une anémie hypochrome de moyenne importance,

d'un taux de monocytes à 7 p 100 et d'une importante accélération de la vitesse de sédimentation.

Examen histo-pathologique

"Angiosarcomatose de Kaposi. Les lésions histologiques sont discrètes mais caractéristiques : néoformations vasculaires ; une plage sarcomatoïde de dimension très réduite ; un infiltrat lymphocytaire en foyers périvasculaires. A noter la présence d'une mitose paraissant atypique" (Dr. R. Streit).

Traitement

Aucune amélioration après administration de 105.000.000 U de bipénicilline en 37 jours.

Observation n° 21

(Observation résumée)

Bendou. Mohamed, homme âgé de 70 ans, né à Bénisaf domicilié à Berrouchia, est hospitalisé à Alger, en septembre 1958, pour angiosarcomatose de Kaposi dont le début remonte à 22 mois.

Début marqué par de multiples lésions d'emblée, siégeant sur le tiers inférieur des jambes, les pieds, les cuisses, les bras et avant-bras, le nez, la paupière supérieure gauche. Ces lésions qui sont nées isolément se sont groupées par poussées et sont du reste d'âges différents.

Présence de nodules sur la paupière supérieure gauche, sur toute la surface du bras droit, sur l'avant-bras droit, la face palmaire de main droite, sur les trois étages du membre supérieur gauche. Ces nodules forment les saillies allongées ou hémisphériques dont le diamètre peut occuper plusieurs centimètres, de surface lisse et luisante, de coloration, rouge-violacée, de consistance ferme, parfois isolés, mais aussi se groupant en formation confluyente mamelonée. Oedème éléphantiasique occupant le tiers supérieur des jambes et les pieds. Lichénification importante du dos des

.../...

pieds et des cous-de-pieds et kératose importante des plantes dont toute la surface est occupée par de petites papillomes cornés. Retraction en griffe et ankylose des derniers doigts sur chaque main. Pas de prurit. Aucune ulcération.

Bon état général.

Les examens biologiques de routine n'apprennent rien, hormis, l'existence d'une anémie hypochrome d'importance moyenne.

Histo-pathologie :

"Confirmation du diagnostic clinique".

Traitement

L'administration de 15.600.000 U d'extencilline-bipénicilline en 13 jours reste sans effet. Le malade quitte l'hôpital sur sa décision et a été perdu de vue.

Observation n° 22

(Observation publiée par M.F.G. Marill et Mme J. Sayag)
(222)

(Observation résumée)

Bouad. Salah, homme âgé de 68 ans, originaire de Taher, est hospitalisé à Constantine, en mars 1959, puis à Alger, en septembre 1959, décembre 1959 et janvier 1960, pour des lésions érythémateuses de l'extrémité distale des membres, dont l'apparition remonte à 4 ans.

En mars 1959

Plaques angiomateuses, petites, sur le nez, la joue droite, le dos de la main et de deux doigts gauches, les lombes, la cuisse gauche et la jambe droite. Plaques angiomateuses portant des nodules agrégés de petites dimensions sur le cou-de-pied, le dos du pied et la malléole droits. Oedème dur, avec peaux pachydermique et kéra-

tosique, de la jambe et du pied gauches. Sur la joue gauche, formation à type de botryomycome.

L'examen somatique et les examens biologiques n'apprennent rien.

Sur le squelette du pied droit, décalcification discrète des pièces osseuses du tarse ; début d'effacement de la trabécalation sur le cuboïde de la tête du V^o métatarsien ; îlots de raréfaction sur le scaphoïde et le I^{er} cunéiforme.

Examen histo-pathologique (sur deux prélèvements) : les images "plaident en faveur d'une angiosarcomatose de Kaposi" (Dr. R. Streit).

Traitement

Administration en 20 jours de 20.000.000 U de bipénicilline : aucune action favorable.

En septembre 1959

Les lésions cutanées conservent les mêmes caractères.

Examen histo-pathologique :

"Epiderme : atrophique. Derme : Importantes lésions de la trame élastique ; prolifération vasculaire avec aspect angiomatoïde ; infiltrat lympho-plasmocytaire ; multiplication histiocytaire avec différenciation fibroblastique ébauchée : extravasation sanguine.

Au total, l'image histologique pourrait s'accorder avec une angiosarcomatose de Kaposi, mais toute affirmation est impossible sur cette parcelle" (Dr. R. Streit).

Traitement :

Radiothérapie profonde : application sur le pied droit, en deux champs, de 4 400 r, puis, un mois plus tard, de 1 000 r, en deux champs également. Amélioration nette des lésions.

En Décembre 1959

Les lésions cutanées ne se sont pas sensiblement modifiées.

Le malade ne reste que quelques jours à l'hôpital.

En janvier 1962

Ulcération depuis deux mois, sur le dos du pied droit, étendue, profonde, très douloureuses. Examen somatique normal, mis à part l'existence d'une très discrète splénomégalie. Pas d'adénopathie.

Sur le pied droit, aggravation notable des lésions osseuses : décalcification de tous les os du tarse et du 1er métatarsien, dislocation de la trabéculatation, microgèodes sur le scaphoïde et le 2ème cunéiforme.

Observation n° 23

(Observation publiée par MM. J. MESSERSCHMITT et Coll.
(236)

(Observation résumée)

Dad. Ali, homme âgé de 54 ans, chauffeur, est hospitalisé en mai 1960 à l'Hôpital de Ménerville et, en juin 1965, à la clinique universitaire de dermatologie d'Alger.

En mai 1960

Erythème scarlatiniforme prurigineux. Discrète hypertrophie ganglionnaire sur toutes les aires accessibles plénomégalie modérée. Fièvre à 38°/39°. Etat général conservé.

Dans le sang périphérique : taux normaux d'hématies et de leucocytes ; éosinophilie à 13,5 p 100 ; 4,5 p 100 de lymphocytes atypiques. Sur le médullogramme : éosinophilie à 8 p 100. Sur l'adénogramme : majorité de cellules lymphoïdes malignes (lymphocytes jeunes nucléolés ou lymphoblastes), avec des cellules réticulaires volumineuses et fortement nucléolées.

Le diagnostic porté est celui de réticulo-lymphosarcome adénosplénique avec discret envahissement sanguin.

On entreprend un traitement par caryolysine, qui est mal supporté. Puis on administre du chlorambucil et, 4 mois plus tard, l'état clinique et hématologique est bon. Les contrôles établis à 5 reprises, pendant 18 mois, jusqu'en janvier 1962, montrent que la rémission persiste sur les plans clinique et hématologique. Le malade est alors perdu de vue.

En juin 1965

Le malade est repris en traitement à la suite de l'apparition de manifestations cutanées dont le type ne rappelle pas celui des accidents antérieurs.

En décembre 1963, apparition de plaques rosées puis rouges-violacées, à contours nets, géographiques, sur l'extrémité inférieure des jambes, sans manifestation fonctionnelle. Extension progressive et lente dans le cours de 1964. Au début de 1965, léger prurit débordant le siège des lésions.

Lors de l'admission à la clinique de dermatologie, en juin 1965, mauvais état général ; amaigrissement récent de 10 Kgs ; Fièvre à 38°/39°.

Plus particulièrement sur les membres inférieurs, et notamment sur le pied gauche, coexistence de placards angioma-teux et d'assez gros nodules violacés, durs, infiltrés. Oedème des membres inférieurs, surtout du pied gauche. Splénomégalie douloureuse de développement modéré. Hypertrophie du ganglion sous-maxillaire gauche, des ganglions des plages sus-claviculaires et, plus importante, avec périadénite, des plages inguinales.

L'examen somatique est négatif.

Un prélèvement biopsique du foie montre l'extension à cet organe de l'angiomatose.

Examens biologiques

Les examens de routine sont normaux, notamment la vitesse de sédimentation.

Examens radiologiques

Pas de lésions osseuses.

Les clichés de lymphographie des ganglions inguinaux sont d'interprétation difficile : ponctuation compatible avec une adénite réactionnelle aussi bien qu'avec une hémopathie ou une adénolipomatose.

Examens histo-pathologiques

Sur une biopsie cutanée : "Epiderme : rien à signaler. Derme superficiel : entièrement dissocié par l'oedème. Derme profond : nombreuses ectasies vasculaires, généralement disposées en nodules. Les formations angiomateuses prédominent sur ce prélèvement ; elles siègent dans un tissu fibroblastique jeune, mais sans mitoses ni atypies nucléaires. L'image peut correspondre à une angiomatose de Kaposi" (Dr. LAHÉLEC).

Sur une biopsie ganglionnaire : En dehors des séquelles de lymphographie : "La capsule ganglionnaire est amincie, par endroits infiltrée d'éléments lymphocytaires ; le parenchyme est homogénéisé, avec disparition des follicules lymphoïdes ; prédominance des lymphocytes sur les lymphoblastes avec d'assez nombreuses mitoses".

Traitement

L'administration de vincaléucoblastine non seulement n'entraîne aucune amélioration, mais même coïncide avec l'apparition de nouveaux éléments cutanés et avec une extension des oedèmes. Cependant, lorsque le malade rejoint son foyer, son état est pratiquement comparable à celui qu'il présentait lors de son admission à l'hôpital.

Observation n° 24

(Observation résumée)

Djez. Lamri, homme âgé de 70 ans, originaire de Guettar-El-Aïech, est hospitalisé à Constantine en septembre 1961 et mars 1967.

Les premiers accidents sont survenus trois ans plus tôt environ sous forme de petites taches angiomateuses qui siégeaient sur les paumes et les plantes et se sont étendues lentement.

En 1961

Vaste placard violacé, à limite polycyclique, à peine infiltré, qui s'étale sur la majeure partie des paumes et des plantes. Sur le tronc, groupées, cinq petites taches érythémateuses, arrondies, de 1 à 2 cm. de diamètre, non infiltrées et un seul élément nodulaire. Oedème dur, ne prenant pas le godet occupant la moitié inférieure de la jambe et le pied droits. Pas d'ulcération. Aucune hypertrophie ganglionnaire.

Etat général conservé.

L'examen clinique ne révèle aucune atteinte viscérale.

Les examens biologiques de routine sont normaux.

Les examens radiologiques ne font apparaître aucune lésion, notamment d'ordre osseux.

Examen histo-pathologique

"L'examen histologique confirme le diagnostic clinique d'angio-sarcomatose de Kaposi : élément nettement nodulaire" (Dr. J. Sayag).

Traitement :

Le malade reçoit, en 45 jours, 45.000.000 U de bipénicilline. Aucune rétrocession des lésions cutanées.

En 1967

Le malade n'est, revu que 6 ans plus tard : les lésions cutanées n'ont que médiocrement progressé.

Les placards des paumes se sont étendus au dos des mains et des poignets, où ils apparaissent franchement angiomateux, de teinte violacée. Petit placard peu infiltré sur chaque avant-bras.

Extension des placards des plantes et apparition sur le dos des pieds et le tiers inférieur des jambes de plusieurs petits placards angiomateux dont l'un porte une formation tubéreuse de la taille d'une olive verte.

L'examen clinique reste muet, chez un vieillard en état général correct.

Les examens biologiques de routine sont normaux.

Les examens radiologiques restent négatifs, mis-à-part une discrète anémie.

Examen histo-pathologique

"Dans le derme, on trouve de nombreux nodules qui associent une néogénèse de capillaires sanguins à une prolifération tourbillonnante de cellules fusiformes. Par ailleurs, il existe une réaction inflammatoire et des dépôts d'hémosidérine. Conclusion : image d'angio-réticulomatosse de Kaposi" (Dr. J.M. Mascaro).

Observation n° 25

(Observation n° 6 de la thèse de J. Baconnier (II).

(Observation résumée)

BAD... Mohamed, homme âgé de 52 ans né en Algérie, est hospitalisé en 1962.

Le début s'est fait 3 mois plus tôt par un placard infiltre noirâtre entre les orteils, avec oedème permanent du dos des pieds. Le malade a reçu une cure de pénicilline sans effet.

En 3 mois, les lésions se sont étendues à la racine des orteils et quelques éléments maculeux violacés sont apparus entre les espaces interdigitaux des mains.

Le malade signale quelques troubles digestifs depuis 1 an, mais sans hémorragies digestives et une dyspnée d'effort.

A l'examen on note :

- Une T.A. à I6/8 avec éclat de B2 au foyer Aortique.

- Les autres appareils sont normaux.

Les examens de laboratoire sont normaux.

Les examens radiologiques

- Thorax/^{et}transit gastro-duodenal sont normaux.

- La biopsie : d'un élément confirmera le diagnostic de maladie de Kaposi (Pr. STAHL).

- En conclusion

Il s'agit d'une maladie de Kaposi à forme cutanée, discrète ; sans localisation viscérale, décelable cliniquement.

Observation n° 26

(Observation n° 7 de la thèse de J. Baconnier (II)

(Observation résumée)

Sad. Brahim, homme âgé de 60 ans, ouvrier agricole, originaire de Bône, est hospitalisé à Marseille en 1962, puis 1965 et 1966.

En 1962

Oedème des membres inférieurs et lésions angioma-teuses sur le dos des pieds, qui ont commencé d'apparaître quelques ans plus tôt . Adénopathies inguinales de type banal. En outre, insuffisance cardiaque avec hypotension artérielle et, à l'électro-cardiogramme, ischémie antérieure légère. Troubles digestifs à type de constipation.

Les examens biologiques sont normaux, notamment la formule leucocytaire et la vitesse de sédimentation, sauf l'examen des selles qui révèle la présence de sang.

En 1964

Les lésions cutanées se sont étendues, remontant le long des jambes et des cuisses et atteignant les organes génitaux : présence de plusieurs plaques violacées sur le fourreau de la verge et de petites taches violacées, de quelques millimètres de diamètre, sur le gland.

Poussée ganglionnaire importante sur les plages inguinales, moins importantes sur les creux axillaires.
Discrète hépato-splénomégalie.

En 1965

Apparition fugace d'éléments angiomateux sur la langue.

En 1966

On relève sur les membres inférieurs, outre les lésions déjà décrites, la présence d'un oedème sclérodermiforme remontant à mi-mollets avec, à la racine des orteils, des formations papillomateuses hyperkeratosiques comme on en rencontre à l'occasion d'éléphantiasis.

Les examens radiologiques

Pratiqués successivement, ils ont permis d'intéressantes constatations quant à l'évolution des atteintes osseuses, outre la notion d'une augmentation de volume de la silhouette cardiaque et de l'absence de lésion du tube digestif.

Sur les mains, état normal en 1962 ; en 1966, aspect aminci et feuilleté de la corticale du 5ème métacarpien gauche, avec petites géodes confluentes et, à droite, aspect stratifié de la 1ère phalange du médius.

Sur les pieds : en 1962, à gauche, récalcification de la base des 4 derniers métatarsiens, plus intense sur le 3ème et le 4ème, à limite antérieure nette et frangée ; en 1966, trabéculation lâche, en larges mailles, des os du tarse.

Sur la cheville gauche : en 1966, aspect feuilleté de la corticale externe du péroné.

Observation n° 27

(Observation publiée par MM. F.G. Marill et M. Ysmaïl-Dahlouk (223)

(Observation résumée)

Ham. Ali, homme âgé de 63 ans, originaire de Palestro, est hospitalisé à Alger à 4 reprises en 1962-63, 1964, 1965 et 1966.

Le début de l'affection remonte à 1960, marqué par l'apparition au niveau de la face interne de la cuisse d'un petit élément dur, enchâssé dans le derme, qui augmente de volume progressivement tandis qu'apparaissent d'autres éléments.

En 1962-63

Au niveau du membre inférieur droit : éléments groupés autour du genou et sur la face interne de la racine de la cuisse, mais disséminés partout ailleurs, violacés de taille variable, atteignant au maximum la dimension d'une noisette bien limités, arrondis, reposant cependant pour les plus gros sur un socle un peu induré, de consistance ferme, non douloureux sur le bras droit, éléments de petites tailles, groupés sur les faces interne et postérieure du coude.

Ganglion axillaire, dur, peu mobile, non douloureux, de la taille d'une cerise.

Le reste de l'examen est normal.

En 1964

On note l'apparition d'un nodule sous le mamelon droit et de petites macules érythémateuses au niveau de la jambe gauche.

Les nodules au niveau de la cuisse semblent en voie d'affaîssement tandis que le nodule principal est, pratiquement devenu plan. Le plus gros élément est ulcéré.

En 1965

Apparition d'un oedème des membres inférieurs et d'une plaque violacée, prurigineuse, fissurée, à bords déchiquetés, à la base de la face latérale droite du cou.

En 1966

Apparition d'une ulcération superficielle au niveau de la lèvre inférieure, dont le début remonte à vingt jours avant la date de l'entrée à l'hôpital : ulcération allongée sur le bord inférieur de la lèvre inférieure (2 cm de long), propre et bourgeonnante.

Aucune manifestation douloureuse.

Pas de lésion des muqueuses.

Etat stationnaire des lésions kaposiennes préexistantes.

- L'examen somatique ne révèle rien d'anormal.

Examens histo-pathologiques

Premier prélèvement (septembre 1962)

"Plusieurs prélèvements ont été examinés. Ils montrent dans le derme profond et l'épiderme des nodules de tailles variées ayant grossièrement la structure de sarcome basocellulaire. Mais on remarque la rareté des mitoses, la présence d'assez nombreux éléments mononucléés et surtout l'évolution angioplastique accusée.

En définitive : image qui s'accorderait bien avec le diagnostic d'angio-sarcomatose de Kaposi" (Pr. J. Mussini-Montpellier).

Deuxième prélèvement (février 1965)

"L'examen histologique confirme le diagnostic clinique de sarcomatose de Kaposi". (Pr. Montpellier)

Troisième prélèvement (juin 1965)

1°) "Le ganglion prélevé à droite ne montre que des séquelles de lymphographie.

2°) Par contre le ganglion prélevé à gauche est à peu près entièrement envahi par un processus tumoral présentant exactement les mêmes caractères histologiques que la tumeur primitive : - composante fibroblastique

prédominante, avec quelques mitoses, quelques atypies nucléaires, accompagnés d'une angioformation ; quelques nodules sont à peu près entièrement collagénisés.

"Il s'agit donc bien là de l'extension ganglionnaire d'une angio-sarcomatose de Kaposi" (Dr. LAHELLEC).

Examens paracliniques

Les examens biologiques de routine sont normaux, notamment la vitesse de sédimentation.

Electroencéphalogramme : pas d'atypie.

Electrocardiogramme : "Hypertrophie ventriculaire droite et trouble primaire surajouté de la repolarisation ventriculaire" (Pr. G. Piva).

Fond d'oeil : "Aucune altération imputable à l'angio-sarcomatose".

Lymphographie après injection d'Au I98 à petites particules : "Il existe un véritable blocage du système lymphatique chez ce malade" (Dr. Bermadac).

Radiographie du squelette :

A la partie postérieure du pariétal droit, emprise dans une assez large aréole condensée, image lacunaire d'un diamètre de 3 cm environ, dont le dessin évoque une fleur de pervenche, constituée de deux zones : une aire centrale revêtant une apparence de "sucre mouillé", de densité relativement conservée, piquetée de multiples et minuscules ilots décalcifiés ; l'entourant, une marge externe, en anneau, d'ostéolyse inégale mais franche. En arrière de cette vaste lacune, assez large trainée, s'étalant en direction du vertex à laquelle une série de points de décalcification confère une allure vermoulue. L'allure générale de cette lésion osseuse n'a pas subi de modification appréciable de 1962 à 1964.

En outre, sur l'extrémité supérieure des cubitus et des radius, se voient des anomalies qui sont comparables d'un côté à l'autre encore que mieux caractérisées à droite qu'à gauche : décalcification inégalement répartie de

la tête des os; dislocation de la trabéculatation, essentiellement sur les cubitus ; aspect de pseudo-géodes sur la tête du cubitus droit et à la hauteur de tubérosité bicipitale des identiques sur les différents clichés tirés d'année en année de 1962 à 1965.

Traitement

Divers antibiotiques et le velbé n'ont donné aucune amélioration nette.

Observation n° 28

Oussl. Abder, homme âgé de 42 ans, originaire de Michelet, est hospitalisé à Alger en 1964.

Le début de l'affection remonte à trois ans, marqué par l'apparition d'oedème sur le membre inférieur droit. Quelques mois plus tard, des tâches violacées, puis des nodules se constituent sur la partie inféro-interne de la cuisse droite, suivis à quelques semaines d'un envahissement de la cuisse gauche et du tronc par des lésions comparables.

Nodules de la taille d'une noix, isolés, durs, non douloureux, violacés, enchâssés dans la peau, sur la face externe de la jambe droite, la région sous-claviculaire droite, le bord droit du sternum, la face supéro-interne du bras gauche, l'avant-bras gauche, épine de l'omoplate.

Oedème en "caleçon", dur, ne gardant pas le godet, infiltrant profondément les téguments, occupant les fosses iliaques, les fesses, la racine des cuisses particulièrement sur leur face interne, gênent considérablement les mouvements. La peau est parsemée de nodules durs, violacés, qui sur la face antéro-interne des cuisses ont la taille d'un noyau de cerise.

Adénopathies inguinales et rétrocrurale.

Sur les radiographies pulmonaires : "Foyer de fibrose bilatérale lobaire moyenne, linguale, et peut-

être lobaire inférieure, entraînant des irrégularités des deux coupoles et s'accompagnant de dilatation des bronches.

Il s'agit d'un état post-infectieux prébacillaire, mais à mon sens sans rapport avec la maladie de Kaposi."

Les examens biologiques sont normaux, notamment les examens hématologiques.

Examen histo-pathologique : "Epiderme très légèrement épaissi. Derme ; prolifération capillaire dans la zone papillaire et profonde autour des annexes. Cette prolifération capillaire s'accompagne d'une hyperplasie d'éléments fusocellulaires et d'un infiltrat à mononucléaires. En définitive : l'aspect histologique s'accorde avec le diagnostic de maladie de Kaposi mais à probablement intéressé un élément plan et non pas tumoral" (Mme Mussini-Montpellier).

Le malade est décédé 5 mois après son hospitalisation.

Observation n° 29

Bou Hadj. Belkacem, homme âgé de 72 ans, originaire du Constantinois, est hospitalisé à Constantine en décembre 1964.

Il semble que les premiers accidents remontent à 3 ans environ, marqués par l'apparition sur le dos et les bords de la main droite de plaques et de nodules. Les lésions s'étendent lentement sur des membres supérieurs et s'établissent sur les genoux.

Sur la main droite placard érythémato-angioma-teux, occupant la moitié distale du dos et le dos des premières phalanges des quatre derniers doigts, portant plusieurs formations nodulaires, petites, excoriées ; sur la paume, trois petits nodules sur l'éminence thénar et trois autres sur l'éminence hypothénar dont l'un est

du volume d'une petite prune, excorié à son sommet. Sur la main gauche, nombreux éléments infiltrés, isolés, dont l'un est ulcéré en surface. Sur les avant-bras, nombreux petits placards infiltrés. Sur les genoux, plusieurs éléments érythémato-angiomateux. Important oedème, dur ne prenant pas le godet, occupant les pieds et les jambes. Pas d'atteinte ganglionnaire.

Etat général conservé.

L'examen somatique reste muet.

Les examens biologiques de routine sont normaux

Le bilan radiologique est normal.

Examen histo-pathologique

"L'examen histologique confirme tout à fait le diagnostic clinique de maladie de Kaposi.

1° Main : épiderme très fortement corné, étiré sur une plage ; dans le derme, un nodule fuso-cellulaire angio-plastique ; tout autour, petits foyers angiomateux avec infiltrat polymorphe.

2° Genou : épiderme très corné et légèrement aminci ; dans le derme, foyers associant des éléments fuso-cellulaires angio-plastiques et des trainées de cellules d'aspect réactionnel" (Mme Mussini-Montpellier).

Traitement

Le malade reçoit, en 100 jours, 200.000.000 U de bipénicilline, avec association de cortancyl. Aucune amélioration.

Observation n° 30

Djem. Mohamed, homme âgé de 70 ans, originaire d'Aïn-M'lila, est hospitalisé à Constantine en Juillet 1964.

Les premiers accidents sont apparus, "plusieurs années" plus tôt, sous la forme de plaques angiomateuses sur le membre supérieur droit et, après "plusieurs années", de plaques comparables sur le membre supérieur droit et les cuisses.

Sur les avant-bras, présence de quelques plaques érythémato-angiomateuses, ^{peu} infiltrées, de taille variable, de forme irrégulières, dont certaines portent quelques formations nodulaires de la taille d'un pois. A la partie haute d'une fesse, nodule de la taille d'une petite cerise, sur un placard d'apparence cicatricielle. Sur les cuisses, éléments érythémateux à limite floue portant la marque de petites ulcérations cicatrisées. Oedème à hauteur du genou gauche.

Aucun signe fonctionnel d'accompagnement.

Etat général conservé.

L'examen clinique reste négatif.

Les examens biologiques de routine sont normaux.

Traitement

Administration en 20 jours, sans effet appréciable, de 40.000.000 U de bipénicilline.

Observation n° 31

Mme Af. Aïcha, femme âgée de 44 ans, originaire de Constantine, est hospitalisée à Constantine en 1965.

Le début de l'affection, qui remonte à deux ans environ, est marqué par l'apparition de placards angiomateux sur les mollets et les pieds.

Les lésions actuelles sont constituées par de petits placards érythémato-angiomateux, peu infiltrés, dont certains sont bien limités et d'autres de limite floue, de coloration rouge-violacée.

Oedème des pieds, de teinte rougeâtre, élastique, ne prenant pas le godet.

Bon état général.

L'examen somatique reste muet.

Les examens biologiques de routine sont normaux.

Les radiographies du squelette mettent en évidence une décalcification diffuse et homogène du tarse gauche.

Examen histo-pathologique

"Maladie de Kaposi. Dans le derme, on observe de nombreux capillaires, une prolifération de fibroblastes, un infiltrat histio-lymphocytaire et des grains d'hémosidérine" (Dr. E.B. Loayza).

Traitement

La malade reçoit en 42 jours 42.000.000 U de bi-pénicilline. Aucun effet favorable appréciable sur les lésions.

Observation n° 32 (Observation résumée)

Benac. Ahmed, homme âgé de 67 ans, originaire de Béni-Amran, est hospitalisé à Alger, en mai 1965 et Juillet 1966.

Le début remonte à 10 ans, marqué par l'apparition d'un petit placard siégeant sur le cou-de-pied gauche, de coloration bleu-noir, qui s'étend progressivement jusqu'à occuper une surface d'environ 12 cm de long sur 6 cm de large. Trois ans plus tard, apparition d'un oedème bilatéral, disposé sur le dos des pieds et les cous-de-pied, cyanique, dur, non douloureux, regréssant légèrement au repos.

Taches violâtres, de 4 à 6 cm de diamètre, ne s'effaçant pas à la vitropression, non surélevées, sur le dos des pieds. Placard violacé, presque noirâtre, irrégulier, mesurant environ 12 cm sur 6 cm, infiltré, non douloureux, à la partie antéro-externe du cou-de-pied et du dos du pied droit.

Nodosité presternale, de la taille d'une noisette, ferme, non douloureuse. Nodule sur le bras gauche, des dimensions d'une cerise, de consistance molle. Tuméfaction sur le bord antérieur de la jambe droite, au tiers moyen.

Oedème cyanique, dur, non douloureux occupant le dos des pieds, prédominant à gauche.

Le malade a été hospitalisé à 5 reprises de 1963 à 1965, pour insuffisance cardiaque, en rapport avec une insuffisance ventriculaire gauche, et pour adénopathie cervicale fistulisée dont la nature tuberculeuse du bacille de Kock positive sur milieu de Lowenstein et par l'examen histo-pathologique d'un prélèvement ganglionnaire. A cette occasion, il a été démontré que la tuméfaction pré-tibiale droite est un abcès froid tuberculeux. Pas de lésions évolutives au niveau de l'appareil pulmonaire, mais présence de séquelles calcifiées et d'un important emphysème.

En outre, importante hépatomégalie, discrète splénomégalie et présence de deux diverticules du duodénum qui rendent compte de manifestations fonctionnelles digestives, notamment d'épigastralgies post-prandiales pénibles. Etat général médiocre. Pas de fièvre.

Anémie importante. Vitesse de sédimentation franchement accélérée. Geode du tibia droit à l'aplomb de l'abcès froid de la jambe.

Examen histo-pathologique : "Epiderme : Hyperkératose ; allongement des crêtes épidermiques, avec amincissement du plafond. Derme : Superficiel : partout infiltré de globules rouges ; les vaisseaux sanguins sont augmentés en nombre, avec une lumière extrêmement dilatée, généralement bordés par un simple endothélium reposant parfois sur une vitrée épaissie ; ils sont parfois engainés par un manchon à

prédominance lymphocytaire, avec quelques polynucléaires, et inclus dans un tissu conjonctif très riche en fibroblastes, tatoués d'hémosidérine ; quelques mitoses, mais pas d'atypies nucléaires. Au total, il semble s'agir d'une angiomatose type kaposi" (Dr. M. Lahellec).

Traitement :

Après administration en 60 jours de 60.000.000 U de bipénicilline, à raison de 1.000.000 U par jour, amélioration, des lésions, avec affaissement du grand placard du pied droit. Cette amélioration ne progresse pas lorsque la dose est portée à 90.000.000 U.

Radiothérapie : En 40 séances, application au total de 8.000r en le champs. Diminution de l'infiltration des lésions.

En Juillet 1966 : Extension des lésions préexistantes, sans apparition de formations nodulaires. Purpura de type sénile. Oedème blanc, mou, non douloureux des pieds et du tiers inférieur de la jambe gauche. Apparition d'une fiscule sus-claviculaire gauche.

Anémie intense. Extrême asthénie.

Infiltrat étendu, non homogène, du champ pulmonaire gauche.

Le décès intervient, au 10 ème jour de l'hospitalisation, au cours d'une crise d'oedème pulmonaire.

Observation n° 33

(Observation résumée)

Takh. Abderrahmane, homme âgé de 41 ans, originaire de Laghouat, est hospitalisé à Alger à 4 reprises, en 1962, 1967, 1969 et en 1970. En 1965, ce malade a séjourné pendant 35 jours à l'Hôpital Saint-louis, à Paris.

Le début de l'affection remonte à 13 ans marqué par l'apparition, au niveau de la cheville droite, d'un petit nodule indole, de coloration rouge violacée, non prurigineux. Par la suite, extension aux pieds droit et gauche. Puis, apparition de petites tumeurs bourgeon-

En septembre 1970

Les deux pieds sont garnis de lésions érythémateuses, violacées ou brunâtres, légèrement squameuses, Oedème dur des membres inférieurs, ne prenant pas le godet. Sur les jambes et les cuisses, nodules rouges violacés, durs dont la taille atteint 1/2 cm de diamètre.

Des nodules comparables siègent sur la face dorsale des mains.

L'examen somatique n'apprend rien. Etat général bien conservé.

Examens biologiques

Les examens de routine sont normaux, sauf la vitesse de sédimentation qui est accélérée (25-90).

L'examen immuno-électrophorétique des protéides sériques ne montre pas de signes inflammatoires au niveau des alpha 1 et 2 ; mais par contre, des signes importants de développement d'un processus immunologique : augmentation de la bêta 1 C (complément) ; augmentation importante de l'Ig A et de l'Ig G, l'Ig M demeurant normale (Dr. J. Irumberry).

Examen histo-pathologique

"Il s'agit d'une forme assez peu riche en plages angio-endothéliomatoïdes (Pr. J. Mussini-Montpellier).

Traitement

Administration, sans aucun effet favorable, de 0,004 g par jour de chloraminophène.

Observation n° 34

(Observation publiée par MM. F.G. Marill et M. Ysmaïl Dahlouk (223)

(Observation résumée)

Femme âgée de 51 ans, hospitalisée à Alger en janvier 1966.

Début des accidents une dizaine d'années plus tôt, sous la forme d'un minuscule nodule rougeâtre sur le sillon retro-auriculaire gauche. Apparition, ultérieure d'autres éléments tubéreux, de développement lent.

Placards, angiomateux, siégeant sur l'hémi-face gauche, semés d'éléments nodulaires et portant quelques formations bulleuses. Le lobe de l'oreille gauche conserve grossièrement son allure anatomique, mais infiltré, creusé de profonds sillons, a pris un aspect tumoral. Placards intensément teintés sur les replis inter- et sous-mammaires.

Rien à retenir par ailleurs de l'examen somatique.

Les examens biologiques de routine sont normaux.

Examen histo-pathologique

"Sous un épiderme d'apparence normale, derme fibreux parsemé de néoformations vasculaires angiomatoïdes avec extravasation sanguine en de nombreuses plages. Infiltrats lympho-histiocytaires assez denses. Maladie de Kaposi de type angiomateux".

Examen radiologique

Sur l'écaille du frontal, d'aspect mité, une dizaine de micro-géodes, assez régulièrement arrondies, de la taille d'un petit confetti.

Sur la crête antérieure du tibia droit, en son segment moyen, voussure par exostose et énostose, cette dernière revêtant l'apparence d'une mince lamelle séparée de la corticale par une longue fissure donnant une image en écorce d'arbre.

Observation n° 35

(Observation publiée par M.F.G. Marill & M. Ysmail-Dahlouk (223)

(Observation résumée)

Tef. Mostefa, homme âgé de 45 ans, originaire de Marnia, résidant à Alger, est hospitalisé à Alger, en août 1966, décembre 1966, mars 1967, juillet 1967, septembre 1970 et novembre 1971.

Apparition, 8 ans plus tôt, de taches violacées, non prurigineuses, sur le cou-de-pied droit. Extension à la face interne et à la plante du même pied, puis au membre inférieur gauche.

Tâches nummulaires épaisses sur la face interne et à la plante des pieds. Eléments de même type sur la face dorsale des mains. Depuis quelques mois, ébauche de vé-siculation sur les formations des pieds.

Malade obèse. Bon état général.

Rien à retenir de l'examen somatique.

Les examens biologiques de routine sont normaux.

Les radiographies du squelette font apparaître une seule lésion, une image de section transversale, frangée, à hauteur du milieu de la phalangette du ~~médian~~ droit, avec disparition de la moitié distale de l'os.

Traitement

Administration de 38.000.000 U de bipénicilline en 24 jours. Effacement partiel des lésions cutanées.

En décembre 1966

Placards angiomeux, légèrement surélevés et infiltrés sur les chevilles, la face dorsale des pieds et des orteils, le dos des mains. Placards violacés non infiltrés sur les plantes. Quelques nodosités à la face dorsale des mains et sur les avant-bras. Un nodule sur placard angiomeux à la base du gros orteil droit.

Les examens biologiques sont normaux.

Examen histo-pathologique

"L'examen histologique confirme le diagnostic de maladie de Kaposi de type angiomeux et fibreux"
(Dr. M. Cherid).

Traitement

Reprise de l'administration de bipénicilline :
25.000.000 U en 25 jours.

En mars 1967

Les placards angiomateux conservent la même localisation et sensiblement la même apparence. Apparition de nouveaux nodules soit sur les placards, soit en peau saine, et d'une tâche angiomateuse sur le pavillon de l'oreille gauche. Ex-ulcération de certains éléments sur le dos des pieds.

Pas d'adénopathie.

Rien à retenir de l'examen somatique.

Les examens biologiques de routine sont normaux.

Traitement

En 40 jours le malade reçoit 40.000.000 U de bi-pénicilline et 320 mg de chloraminophène, à raison de 4 comprimés par jour.

En juillet 1967

Reprise du chloraminophène : 280 mg en 35 jours.

En septembre 1970

Sur les pieds, les lésions ont conservé sensiblement les mêmes caractères ; les nodules n'ont que la taille d'un pois ; sur les plantes, deux nodules exulcérés. Sur les mains, les lésions ont régressé par rapport à ce qu'elles étaient en 1967 ; quelques taches lie-de-vin, éparses sur les paumes et les faces dorsales, absence de nodules. Petit placard légèrement infiltré sur le pavillon de chaque oreille. Pas de lésion des muqueuses.

Etat général bien conservé, avec persistance d'une certaine obésité. Aucune anomalie à retenir de l'examen cardio-vasculaire et électrocardiographique, de l'examen électro-encéphalographique. Insuffisance respiratoire légère en rapport avec un emphysème peu important.

Traitement

30.000.000 U de bipénicilline en 17 jours ; puis 148 mg de chloraminophène en 37 jours.

En novembre 1971

Les lésions cutanées revêtent pratiquement les mêmes caractères qu'un an plus tôt. Seul s'est développé, sur la voûte plantaire droite, un gros bourgeon charnu, mou et suintant.

Examen histo-pathologique

"Le fragment examiné est le siège d'une prolifération néoplasique faite d'éléments cellulaires fusiformes groupés en faisceaux aboutissant à une architecture fasciculée et plexiforme. La vascularisation est de type mixte, faite de vaisseaux à parois bien constituées d'une part, bordées de cellules néoplasiques d'autre part. On observe, par ailleurs, des amas d'hématies extravasées, ainsi qu'un discret infiltrat inflammatoire fait de lymphocyte et de plasmocytes. Ulcérations de surface.

En somme : aspect histologique correspondant à une angiosarcomatose de Kaposi" (Pr. ag. A. Yaker).

Traitement

Le malade reçoit 44 gr de Flabelline en 22 jours puis 200.000.000 U de bipénicilline en 100 jours.

Radiothérapie.

Observation n° 36

Imokr. Ali, homme âgé de 79 ans, originaire d'Ak-bou, est hospitalisé à Alger en 1966.

Le début de l'affection remonte à 5 ans, marqué par l'apparition, sur les orteils et la plante des pieds, d'un oedème dur. Pas de prurit. Fièvre vespérale intermittente.

L'examen somatique n'apprend rien, mis-à-part un état d'obésité.

Aucun antécédent à retenir, sauf intervention deux ans plus tôt pour cataracte.

Les lésions siègent sur les pieds, les jambes, la moitié inférieure des cuisses, les mains, les avant-bras, la partie inférieure des bras. Ce sont des placards angiomateux, plans ou légèrement infiltrés, à bords irréguliers, de forme et de taille variables, rouges violacés ou bruns. Sur les pieds, au sein des placards, petits nodules de taille variable, de la tête d'épingle à un pois, molles et depressibles. Il y a peu de nodules sur la peau saine. Les lésions prédominent aux extrémités, mains et pieds, Eléphantiasis kaposien : oedème dur prenant les pieds et le tiers inférieur de jambes. Pas de lésions muqueuses.

Les examens biologiques de routine sont normaux.

Immuno-électrophorèse "Protidémie, 80,50 g. E.C. : la courbe montre un excès modéré des fractions alpha 2, bêta et gammaglobulines. A.I.E. : Cet examen montre : le fort accroissement de l'O.S.M. et de l'haptoglobine, la diminution de la bêta 1 C, l'augmentation de l'IgA, les autres immunoglobulines paraissant normales" (Dr. J. Trumbery).

Examen histo-pathologique :

"Le prélèvement examiné montre une prolifération tumorale dermique, soulevant l'épiderme. Elle est constituée d'une prolifération vasculaire entourée d'une prolifération fibroblastique évoquant l'aspect d'une maladie de Kaposi à prédominance angiomateuse" (Dr. A. Bouhade).

Traitement :

Chloraminophène : 2 comprimés par jour.

Observation n° 37

(Observation publiée par M.P. Merklen (235)

(Observation résumée)

B.M., homme algérien âgé de 32 ans, est vu à Paris en 1967.

Les premières manifestations de son état sont apparues un an plus tôt, sous la forme de placards bistres au niveau des pieds, qui se sont étendus vers les chevilles puis vers le tiers inférieur des jambes.

Sur les pieds et les jambes, macules ovalaires, pigmentées, lisses, à limite nette, non ulcérées. Pas d'oedème. Pas d'adénopathie.

Rien à retenir de l'examen somatique mis-à-part l'existence d'un diabète sucré récent.

Examens paracliniques

Les examens radiologiques ne mettent en évidence aucune lésion.

Examen histologique

"Aspect en faveur du diagnostic de maladie de Kaposi".

Traitement

10 injections d'extencilline à 1.200.000 U, à raison de 2 injections par semaine ; puis, pendant 5 semaines, une injection chaque semaine de bipénicilline - extencilline à 1.200.000 U. Début d'effacement des lésions.

Observation n° 38

(Observation publiée par MM. F.G. Marill et M. Ysmail Dahlouk (223)

(Observation résumée)

Guerb. Ahmed, homme âgé de 37 ans, est hospitalisé à Constantine en Mars 1967.

En 1958, apparition d'une tache leuticulaire, d'un rouge vineux sur la face dorsale du pied droit puis, quelques mois plus tard, d'un nodule charnu peu au-dessus de la cheville droite. Extension rapide à partir de 1959.

En 1967

Sur les cou-de-pied et le dos des pieds, nappe brun-violacée, finement squameuse, débordant de peu sur les plantes, accompagnée d'un oedème dur, en chaussette, accru par la station debout. Formations nodulaires à la base des IV^o et V^o orteils. Taches angiomateuses, violâcées, légèrement infiltrées, sur d'autres segments des membres : une quinzaine à la face externe de chaque jambe, moins nombreuses sur les cuisses et sur le dos des mains et des doigts. Quelques formations nodulaires, en gros pois, rouges-violacées, sur les membres. La face et le tronc sont épargnés.

L'examen somatique n'apprend rien.

Les examens biologiques de routine sont normaux.

Examen histo-pathologique

"La coupe confirme le diagnostic de maladie de Kaposi en montrant une réticulose angiogène. Les vaisseaux sont entourés par des cellules fusiformes formant des manchons compacts" (Pr. B. Duperrat).

Examen radiologique

Sur les pieds, ostéolyse inégale affectant le tarse antérieur avec amincissement des corticales et désorganisation de la trabéculatation. Pseudo-géodes emprises dans de larges mailles, à droite sur le cuboïde et la tête des IV^o et V^o métatarsiens ; à gauche sur le cuboïde et le scaphoïde. Pincement des articulations de chacun des cuboïdes avec les scaphoïdes les IV^o et V^o métatarsiens et un cuneiforme.

Observation n° 39

Zemm. Hamou, homme âgé de 51 ans, originaire de Tébéssa, est hospitalisé à Constantine, en mai 1967, et à Alger, en juillet 1967.

Les premiers accidents sont intervenus, un an plus tôt sous la forme de placards angiomateux pigmentés sur le dos des mains et des poignets et de formations nodulaires sur la verge et le scrotum. Extension rapide.

En mai 1967

Sur le dos des mains, des poignets et des phalanges, placards angiomateux, irréguliers, bien limités, de teinte violâtre. Tégument dur, adhérent aux plans profonds. Lésions comparables sur la moitié inférieure de la face antérieure des avant-bras.

Verge éléphantiasique, déformée, portant de nombreuses formations nodulaires de la taille d'un pois et ulcérée sur presque toute la face inférieure. Très nombreuses formations nodulaires sur le scrotum, de la taille d'un gros pois, dont certaines s'aggrègent à la face inférieure, et dont quelques-unes sont exulcérées.

Sur la face dorsale des pieds et la partie des jambes, petits placards angiomateux de taille inégale, avec oedème discret, dur, ne prenant pas le godet.

L'examen clinique n'apprend rien.

Les examens biologiques de routine sont normaux.

Examen histo-pathologique

"Maladie de Kaposi. Sur le scrotum, la coupe montre un nodule Kaposien très compact, formé de cellules fusiformes. Sur la verge, le nodule apparaît extrêmement vasculaire et largement ulcéré" (Pr. B. Duperrat).

Traitement

Administration de bipénicilline, rapidement interrompu par le départ inopiné du malade.

En juillet 1967

Le malade se fait prendre en traitement à Alger.

Les lésions cutanées présentent sensiblement les mêmes caractères. Pas d'atteinte des muqueuses. Pas d'adénopathies.

Etat général bien conservé.

Bilan hématologique normal.

Les radiographies du squelette ne laissent voir qu'une unique lésion osseuse : l'effacement de la moitié distale de la phalangette de l'annulaire gauche, avec tranche de section nettement arrêtée. A l'examen attentif, en s'aidant d'une loupe, on se rend compte qu'au siège de la portion d'os disparue persistent trois ou quatre tractus très fins, moniliformes, représentant vraisemblablement le dernier reste du tissu ossifié. Aspect normal de toutes les autres phalanges et, plus particulièrement, aucune altération de la structure osseuse sur l'hemi-phalange de l'annulaire qui persiste encore.

Traitement

Début de traitement par administration parallèle, de 1.000.000 U de bipénicilline et de 0,004 g. de chloraminophène, chaque jour pendant 38 jours. Aucune amélioration constatée.

Observation n° 40

(Observation publiée par F.G. MARILL et Coll. (224)

(Observation résumée)

Rebaï Si..., garçon âgé de 5 ans, originaire du constantinois est hospitalisé à Constantine.

Il s'agit d'un nodule qui s'est constitué en peau saine sur le tiers supérieur de la face antérieure du bras droit, en hémigroseille enchassée dans le derme, saillant, lisse, ferme de teinte rouge cerise.

Cette formation est apparue spontanément et se développe très lentement depuis quelques mois, ne s'accompagnant d'aucune manifestation fonctionnelle.

- Etat général satisfaisant.

- Développement harmonieux.

- L'examen somatique n'apprend rien, sauf à relever l'existence, dans le creux axillaire droit, d'une adénopathie représentée par un ganglion assez dur, de volume d'un gros noyau de cerise, mobile sous la peau et sur le grill costal.

Histologie

"Tumeur cutanée :

On observe une prolifération polymorphe de nature à la fois conjonctive et vasculaire, avec une abondante surcharge de pigment hemosidérinique. Si bien que l'aspect évoque en premier lieu une nodule de Kaposi.

Ganglion :

Le ganglion présente une hypertrophie macrogolliculaire. Un tel aspect a pu se rencontrer dans le Kaposi. Je pense donc que c'est un diagnostic à retenir, malgré le jeune âge de l'enfant". (Professeur DUPERRAT).

Examens biologiques

- Les examens biologiques de routine sont normaux, de même que la teleradiographie du thorax.

Traitement

- Ablation de la lésion cutanée et curage ganglionnaire de l'aisselle.

Observation n° 4I

(Observation résumée)

Aya. Mohamed, homme âgé de 84 ans, né au douar Zekri, domicilié à Birkadem, retraité, est hospitalisé en mai 1969.

Le début de l'affection remonte à 1963, marqué par de l'œdème des membres inférieurs, puis une ulcération de la jambe gauche. Quelques années plus tard apparition de nodules multiples sur la plante et du dos du pied droit. Ulcération de la face antérieure de la jambe gauche, dans sa moitié inférieure, au sein d'une zone rouge œdémateuse. Sur le pied droit, plaques érythémato-angiomateuses, légèrement infiltrées, plus ou moins nettement délimitées, de coloration rouge-violacée, recouvertes de squames adhérentes. Sur les tâches érythémato-angiomateuses, multiples nodules. Ces nodules nettement délimités, arrondis, rugueux, de taille variant de quelques mm à 3,5 cm, durs, brunâtres, enchassés dans le derme.

Les examens complémentaires établissent que ce malade présente une insuffisance cardiaque modérée à une insuffisance respiratoire chronique ; et, sur le plan neurologique, au niveau des membres supérieurs, une hyporéflexie ostéo-tendineuse avec une atrophie des éminences thénar et des interosseux des deux côtés ; au niveau des membres inférieurs, un signe de babinski bilatérale ; "il semble s'agir d'une myélopathie chronique probablement vasculaire" (Pr. Geronimi).

Examens biologiques, notamment les examens hématologiques, sont normaux.

Examens histo-pathologique : "la coupe montre une formation ferme de la taille d'un petit pois. Elle possède une structure conjonctive vasculaire d'une part, un tissu fibroblastique jeune d'autre part, des capillaires néoformés d'âges et de tailles différents. Donc, histologiquement, c'est un nodule kaposien". (Pr. Duperrat).

Traitement :

-Pendant 20 jours, 1 g 50 par jour de cathomycine

- Puis en administration concomitante, 2.000.000 U de bipénicilline pendant 80 jours et 1 g de Streptomycine pendant 70 jours.

Aucune regression des lésions.

Observation n° 42

(Observation résumée)

Merh. Ali, homme âgé de 56 ans, originaire d'El-Milia, est hospitalisé à Alger, en Octobre 1969.

Les lésions cutanées dont il est atteint ont débuté 8 mois plus tôt, sous la forme d'un élément nodulaire sur le poignet droit. Extension ultérieure des lésions.

Les lésions sont localisées aux mains et à la région génitale et revêtent deux types.

Placards, irréguliers, de dimensions variables, plans, angiomateux, siégeant sur le dos des mains et des doigts. Nodules angiomateux, fermes ou de consistance molle, non ulcérés, de la taille d'un grain de plomb à celle d'un pois, sur les mains et la région génitale. Sur les mains, les lésions sont plus importantes à droite qu'à gauche, notamment les nodules sont plus nombreux. A la base du gland, sur la face dorsale, présence de trois formations nodulaires, violacées, en grains de plomb apparus trois mois.

Aucune lésion muqueuse. Pas d'adénopathie.

Rien à retenir de l'examen somatique. Etat général conservé. Pas de signes fonctionnels.

Point à noter : Sur le dos de la main droite, un élément nodulaire s'est spontanément résorbé, sans laisser de cicatrice. Les examens radiologiques n'apprennent rien.

Des examens biologiques pratiqués, seule est à signaler une accélération modérée de la vitesse de sédimentation.

Examen histo-pathologique

"Nodules dermiques. Le derme est occupé par une prolifération angioblastique, polymorphe. Il existe de multiples cellules fusiformes. Les capillaires présentent une maturation très variable. Conclusion : aspect de nodules kaposien" (Pr. B. Duperrat).



Traitement

Le malade a été traité, à titre externe, par l'administration de bipénicilline, puis de chloramino-phène, en fin par radiothérapie. Exérèse chirurgicale de 7 nodules sur les mains.

Les traitements prescrits n'ont été que très irrégulièrement suivis : persistance des placards angio-mateux ; regression de toutes les formations nodulaires, sauf deux.

Le malade, depuis a été perdu de vue.

Observation n° 43

Benram. Sadek, homme âgé de 78 ans, originaire de Bou-Saâda, est hospitalisé à Alger en 1971.

Les premières lésions sont apparues 3 ans plus tôt environ, au niveau de la face externe de la jambe droite, sous forme de nodules de la taille d'une noisette, indolores accompagnés d'une infiltration de la peau et d'un œdème du pied droit.

Parallèlement, le malade signale des douleurs de la plante du même pied et de l'articulation tibio-tarsienne droite.

Depuis un an sont apparues de petites lésions identiques au niveau de la face dorsale du pied gauche et de la plante du pied.

Sur la jambe droite, plus nombreux sur la face externe, nodules violacés, de la taille d'un petit pois, fermes, non douloureux, enchâssés dans le derme. Sur la face dorsale du pied droit, les nodules de caractères comparables, et quelques nodules sur la plante, à la base des orteils. Œdème violacé du pied.

Présence de formations comparables sur le membre inférieur gauche, mais plus récentes et moins nombreuses. Infiltration œdémateuse discrète du tégument sur le dos du pied.

Traitement

Le malade a été traité, à titre externe, par l'administration de bipénicilline, puis de chloramino-phène, en fin par radiothérapie. Exérèse chirurgicale de 7 nodules sur les mains.

Les traitements prescrits n'ont été que très irrégulièrement suivis : persistance des placards angio-mateux ; regression de toutes les formations nodulaires, sauf deux.

Le malade, depuis a été perdu de vue.

Observation n° 43

Benram, Sadek, homme âgé de 78 ans, originaire de Bou-Saâda, est hospitalisé à Alger en 1971.

Les premières lésions sont apparues 3 ans plus tôt environ, au niveau de la face externe de la jambe droite, sous forme de nodules de la taille d'une noisette, indolores accompagnés d'une infiltration de la peau et d'un œdème du pied droit.

Parallèlement, le malade signale des douleurs de la plante du même pied et de l'articulation tibio-tarsienne droite.

Depuis un an sont apparues de petites lésions identiques au niveau de la face dorsale du pied gauche et de la plante du pied.

Sur la jambe droite, plus nombreux sur la face externe, nodules violacés, de la taille d'un petit pois, fermes, non douloureux, enchâssés dans le derme. Sur la face dorsale du pied droit, les nodules de caractères comparables, et quelques nodules sur la plante, à la base des orteils. Œdème violacé du pied.

Présence de formations comparables sur le membre inférieur gauche, mais plus récentes et moins nombreuses. Infiltration œdémateuse discrète du tégument sur le dos du pied.

Aucune ulcération.

Aucune manifestation en faveur d'une atteinte viscérale. Examen somatique négatif.

Examen radiologique du squelette

Présence de trois pertes de substance, arrondies, de la taille d'un confetti, sur la partie haute de l'écaille du frontal. Décalcification de la tête des métacarpiens avec dislocation trabéculaire sur la tête du 2ème métacarpiens droit. Décalcification importante de l'extrémité distale de tous les métatarsiens.

Examens biologiques

Les examens biologiques de routine sont normaux, notamment la numération globulaire et l'équilibre leucocytaire, sauf la vitesse de sédimentation qui est franchement accélérée (56-87).

Médullogramme :

"Bonne richesse médullaire ; pas de cellules malignes ni de parasites ; toutes les lignées sont présentes ; érythroïtose de type normoblastique formant 22 % des éléments nucléés" (Pr. Colonna).

Observation n° 44

(Observation publiée par MM. F.G. MARILL et I. VODOV (226))

Voilà sensiblement dix ans, un élément angiomateux s'est constitué sur le pavillon de l'oreille droite, chez M. Amar Azz., homme alors âgé de 21 ans, bientôt suivi d'un autre, sur le dos de la main droite. Secondairement, d'autres productions, angiomateuses ou nodulaires sont apparues et se sont très lentement développées, demeurant localisées exclusivement à la moitié droite du corps. Dans le même temps, le voile du palais a été pris à son tour.

Les formations angiomeuses **restent** en petit nombre, de surface médiocre, peu infiltrées : un élément, petit et irrégulier, sur le pavillon de l'oreille droite; un autre, de plus grand développement, sur le dos du majeur droit, avec extension à la partie adjacente du dos de la main ; un troisième, de petite dimension, sur la moitié droite du gland, nettement arrêté à la ligne médiane ; un dernier, le seul qui comporte quelque extension, sur le dos du pied droit et la face supérieure des II^e et III orteils.

Les productions nodulaires sont inégalement distribuées. Sur le pavillon de l'oreille droite, une grappe de nodules, lisses, tendus, rénitents, d'un rouge vineux : deux sur le rebord, des dimensions d'une cerise ; six, en grains de groseille, sur l'hélix et la coupe ; une dizaine, en grosses mûres, sur toute la hauteur de la face postérieure. En dehors de ce territoire ne se voient, et toujours à droite, que des éléments hémisphériques, violacés, d'un à deux centimètres de diamètre pour les plus importants, sur la joue, la face postérieure du premier espace interdigital, l'index, le dos du pied.

Examen histo-pathologique : "La coupe confirme le diagnostic de Kaposi : il existe une prolifération angiogène considérable, tantôt très compacte, à cellules fusiformes, tantôt plus lâche, avec des ébauches de cavités capillaires et des logettes caverneuses. Le pigment sidérique est abondamment réparti. Conclusion : nodule angio-fibromateux de Kaposi ; ce nodule est richement cellulaire" (Pr. B. Duperrat).

Le palais est déformé, à l'aplomb strict du palais osseux, par un épaississement homogène, dur, d'un rouge à peine violacé, qui arrive au niveau de l'arcature dentaire, s'insinuant jusqu'au plan de la gencive dans l'emplacement laissé libre par la chute de deux molaires. Ce placard, qui n'est ulcéré en aucune partie, est déprimé par un sillon médian et longitudinal relativement profond, auquel aboutissent quelques sillons parallèles moins creusés disposés latéralement en oblique — et l'on a l'impression qu'en déportant la surface, l'infiltration a accentué le vallonement normal de la voûte.

Examen histo-pathologique : "La coupe offre le même très typique aspect de Kaposi, avec une riche cellularité. C'est un document d'autant plus intéressant que rares sont les protocoles de biopsies muqueuses dans la maladie de Kaposi" (Pr B. Duperrat).

On relève chez M. Azz. l'existence de séquelles d'encéphalopathie infantile, sous la, forme d'une hémiplegie spasmodique droite, avec crises fréquentes d'épilepsie généralisée. Une gynécomastie droite est vraisemblablement sous l'effet du traitement par hydantoïne auquel le malade recourt irrégulièrement depuis quelques années. Par ailleurs, l'examen somatique n'apprend rien.

Examen électro-encéphalographique : "Tracé infravolté témoignant d'une souffrance irritative hémisphérique droite à maximum temporal postérieur. Ce type de souffrance évoque certaines affections dégénératives". (Dr. M. Bouceboi).

Les clichés radiographiques ne font apparaître aucune image lésionnelle sur l'appareil pulmonaire ni sur le squelette.

Les examens biologiques ne fournissent aucune indication à retenir, elles soient classiquement citées, bien qu'elles ne fussent pas solitaires, peuvent être relevées parcequ'elles montrent que l'affection ne se présentait pas sous une allure stéréotypée : sur le pavillon des oreilles (1 cas) ; sur le sillon balano-préputial (2 cas) ; sur la verge et le scrotum, avec éléphantiasis du scrotum (2 cas). Retenons l'atteinte de la muqueuse buccale chez deux malades : taches érythémateuses sur la voûte palatine ; gros nodule érythémateux sur la face interne d'une joue.

Diverses manifestations conduisent à envisager l'éventualité de déterminations profondes. Les plus fréquentes sont les atteintes du squelette, à type radiologique d'ostéolyse : présentes chez 5 patients, à discuter chez 2 autres du fait de l'anamnèse. En outre, dans 2 cas, importante pléiade ganglionnaire inguino-crurale, mais pour l'un d'eux évolution clinique et modifications de l'image histologique posant la question de l'orientation vers le sarcome vrai ; chez un malade, adénopathie inguinale et axillaire, avec simple sclérose intense à l'examen histologique, accompagnant une adénopathie médiastinale

parahilaire avec compression de la bronche souche droite et une énorme hépato-splénomégalie ; chez un autre, adénopathie inguino-crurale et image radiologique autorisant à suspecter une adénopathie médiastinale.

Du contexte clinique, peu de faits intéressants sont à retenir : association avec un diabète sucré ; tuberculose pulmonaire évolutive chez un adolescent de 15 ans ; insuffisance cardiaque rapidement progressive, peut-être favorisée par une adénopathie médiastinale comprimant l'artère pulmonaire ; enfin, sur le plan dermatologique, association à un vitiligo.

Des renseignements fournis par les examens biologiques de routine, il n'est rien à retenir, sauf une leucocytose modérée, dans quelques cas, et dans d'autres une relative élévation du taux des polynucléaires éosinophiles dans le sang circulant. Sérologie de la syphilis faiblement positive chez trois sujets, dont l'un syphilitique connu et traité.

Pour en terminer avec cette part de notre travail, nous croyons utile de reproduire ci-après, le tableau qui figure dans le relevé de Mme le Pr. J. Mussini-Montpellier(246). Nous lui conservons la forme qu'il revêt dans la publication originale, mais bien entendu nous n'en retenons que les faits qui concernent des malades appartenant à la population algérienne autochtone.

N°	NOMS	SEXE	AGE	SIEGE
I0232F	D.E.N.	M	60	Pied G.
I2520F	C.S.	M	?	Avant-pied
I9975F	D.A.	M	21	Jambes
22393F	L.B.	F	38	Avant-bras et mains
25992F	L.	M	30	M.I.
27880	D.S.	M	44	Plante du pied
26834	A.M.	M	30	Pied
28238	Z.M.	M	42	Avant-bras
-	M.S.	M	65	Jambe g.
21619	A.A.	M	73	Cuisse g.

C H A P I T R E -II-

/ LA MALADIE DE KAPOSI DANS
LA POPULATION AUTOCHTONE
D' ALGERIE

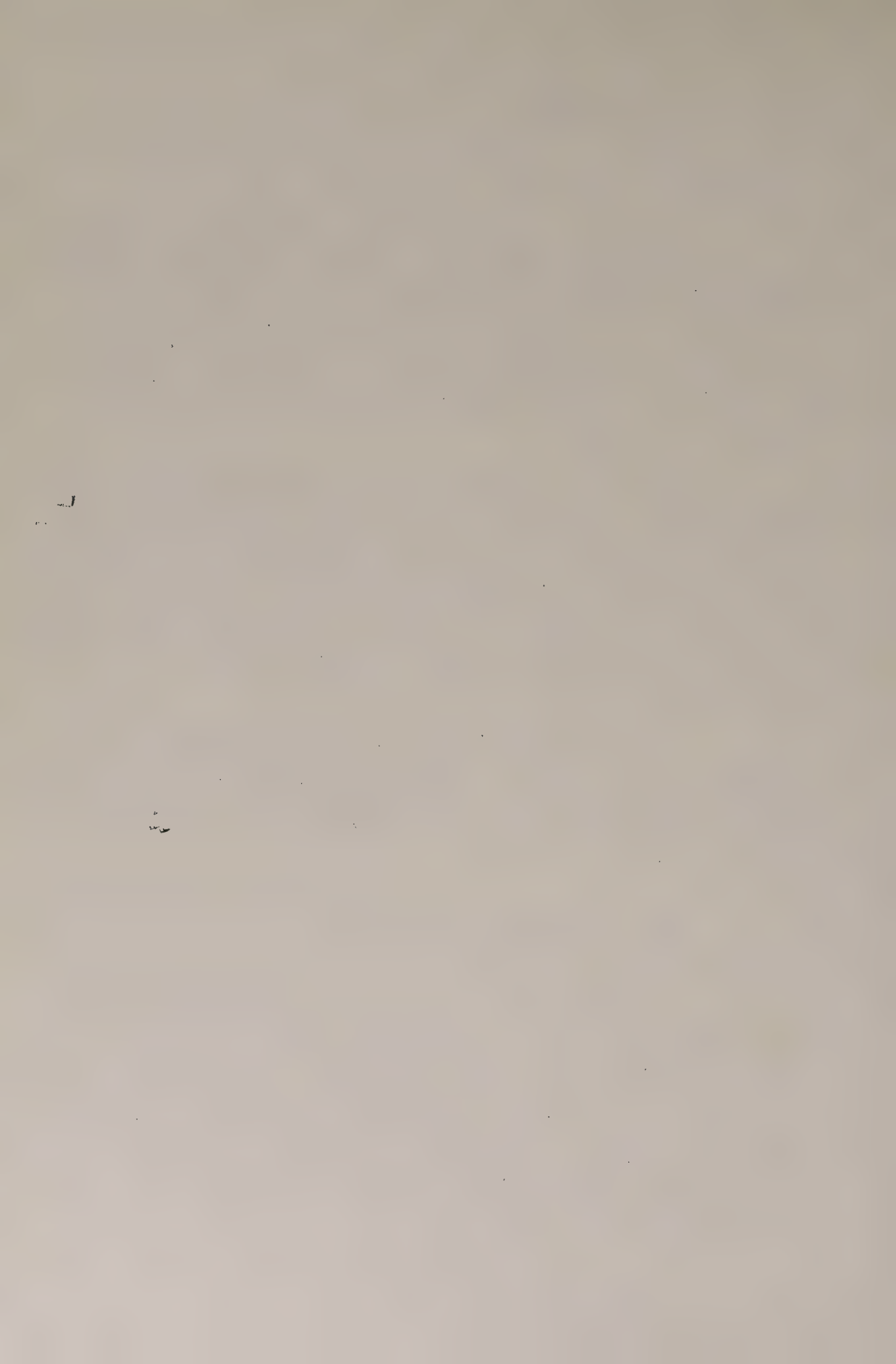
Nous avons donc réuni 44 observations de malades atteints de maladie de Kaposi. En outre, le relevé de Mme J. Mussini-Montpellier (246) nous fournit, pour 10 sujets, des indications sur quelques points particuliers. Nous tenderons, en nous fondant sur ce matériel documentaire, de définir les aspects que l'acro-sarcomatose revêt dans la population autochtone d'Algérie, notre étude pouvant, du regard de certains rubriques faire état de précisions portant sur 54 cas.

Observons que ces faits ont été recueillis en un temps de plus de 25 ans, et avec une périodicité relativement régulière. Notons qu'en reportant sur la carte les lieux d'origine et d'établissement des malades, nous quadrillons, avec une suffisante régularité les deux-tiers environ du territoire algérien, soit les parties centrale et orientale. Et dans ces conditions, nous pensons que nous disposons d'une documentation recevable, la relative rareté de la maladie de Kaposi rendant compte de la modestie de notre statistique.

Retenons enfin que si 9 malades sur 44 ont été examinés entre 3 mois et 1 an après l'apparition des premières manifestations cutanées, par contre 13 ont été vus ou revus entre 1 et 3 ans après les premiers accidents, 9 entre 4 et 10 ans, 3 entre 10 et 13 ans, 2 après 20 ans.

Sur un total de 54 malades, nous comptons 51 hommes et seulement 3 femmes.

La répartition par âge de ces patients, pour un total de 54, démontre que la maladie sévit avec prédilection au delà de la quarantaine : 41 d'entre ces sujets ont de 41 à 80 ans, avec une répartition presque égale entre les décennies d'âge, 11 entre 41 et 50 ans, 11 entre 51 et 60 ans, 12 entre 61 et 70 ans, 7 entre 71 et 80 ans. Un seul compte 84 ans. Toutefois, la maladie n'épargne pas les tranches plus jeunes : 9 cas entre 21 et 40 ans, 1 à 20 ans et surtout, 1 à 15 ans et un dernier touchant un garçonnet de 5 ans.



Il en va différemment pour les 2 autres patients :

- homme de 20 ans, atteints de lésions cutanées depuis 5 ans ; adénopathie ; présence sur les plages pulmonaires, surtout aux bases, de multiples masses tumorales dont trois sont volumineuses avec, à la bronchoscopie, compression de la broncho-souche droite (obs. N° 8) ;

- homme de 39 ans, chez lequel les manifestations cutanées de sa maladie évoluent depuis 3 ans ; nodule angiomateux de la muqueuse buccale ; tumeur sous-glottique histologiquement vérifiée après exérèse ; à l'examen cystoscopie, hypervascularisation de la vessie, plus particulièrement du trigone (obs. n° 9).

Des manifestations de divers ordres se sont associées à l'acro-angiomatose chez nos malades. Et, avant tous autres, il convient de faire état à ce propos des cas où un autre processus **malin s'est** rajouté au processus réticulaire antécédent: Réticulo-lympho sarcome adénosplénique chez un homme âgé de 54 ans obs. n° 23. La lymphosarcomatose était isolée lors du premier épisode en 1960. La chimiothérapie a entraîné une très large remission. C'est seulement en 1963 que, tandis que le malade semblait en parfaite santé, sont apparus les premiers signes d'angiosarcomatose.

Aussitôt après ces faits, nous retiendrons les 2 cas d'une association à laquelle, ainsi que nous l'avons rappelé ci-dessus, différents auteurs ont prêté une particulière attention durant ces dernières années : celle du diabète sucré et de la maladie de Kaposi.

Le premier des malades intéressés était un homme de 72 ans, chez lequel le diabète préexistait de plusieurs années aux premières manifestations de l'acro-sarcomatose (obs. n° 6), le second, un homme de 32 ans, chez qui le diabète représentait un accident récent (obs. N° 37).

Peut-être n'est-il pas surnuméraire d'observer que 5 de nos patients ont présenté des accidents cardiaques, mais il est vrai dont les plus sévères sont apparus chez sujets âgés de 60 ans et plus : arythmie complète et insuffisance cardiaque chez un malade de 69 ans (obs. n° 11) ; étalement de l'ombre cardiaque et insuffisance cardiaque chez un homme de 60 ans (obs. n° 26) ; insuffisance cardiaque droite chez un patient de 63 ans (obs. n° 27) ; insuffisance cardiaque globale, chez un homme de 70 ans (obs. n° 41) ; citons enfin, à toutes fins utiles, une hypertension artérielle moyenne, avec éclat du 2ème bruit au foyer aortique, chez un malade de 52 ans (obs. n° 25). A ces faits ne s'attache évidemment aucune particularité qui soit démonstrative d'un facteur causal, mais leur groupement dans un lot de malades aussi limité en nombre comporte peut-être une signification.

A côté de ces faits, nous relevons pour être complet quelques situations de rencontre qui, en raison de leur nature ne traduisent sans doute que des états fortuits : ulcère duodénal (obs. n° 12) ; diverticules du tube digestif (obs. n° 32) ; vitiligo (obs. n° 16) ; rhumatisme chronique (obs. n° 10). Mais peut-être deux cas de tuberculose : tuberculose pulmonaire (obs. n° 19), tuberculose ganglionnaire (obs. n° 32) comporte t-ils un certain rapport, pour raison de terrain s'entend, avec l'acro-sarcomatose.

Sur le plan des contrôles paracliniques, seuls des examens courants ont été pratiqués. Nous grouperons les indications qu'ils ont fournies, bien qu'ils ne mettent en évidence aucune notion particulière.

Sur le nombre des examens hématologiques, 6 seulement ont fait apparaître une anémie autour de 3.000.000 de globules rouges/mm³. Nous enregistrons dans plusieurs cas une hyperleucocytose avec augmentation du nombre des éléments mononuclées, qui se fait à la fois aux dépens des monocytes et des lymphocytes (obs. n° 20). Dans 2 cas, s'est manifestée une éosinophilie sanguine, s'élevant jusqu'à 50 éléments p. 100, et médullaire (obs. n° 14 et 23).

La vitesse de sédimentation des hématies était accélérée chez 8 patients.

Chez un de ces sujets, l'examen immunophorétique des protides sériques faisant apparaître une augmentation de la bêta I C, de l'Ig A et de l'Ig B (obs. n° 20).

A titre contingent, citons 2 malades avec sérologie, de la syphilis positive, notamment chez l'un qui était en cours de traitement spécifique.

Les examens histo-pathologiques ont fait apparaître chez nos malades des situations d'ordre classique.

Dans 2 cas, les aspects lésionnels ne se sont pas révélés assez pleinement démonstratifs pour autoriser à conclure avec certitude (obs. n° 32 ; n° 33)

Chez 3 patients (obs. n° 6 ; n° 7 ; n° 12), l'image qui ne s'était pas montrée assez précise à un premier examen a pris en cours d'évolution des caractères qui légitimaient une interprétation.

Les examens histologiques des prélèvements pratiqués chez les autres Kaposiens permettaient de reconnaître sous des agencements différents les lésions qui caractérisent classiquement la maladie de Kaposi, et que l'on peut grouper sous quatre rubriques : les formations angiomateuses à point de départ capillaire ou lymphatique ; la prolifération des fibroblastes ; la présence d'un infiltrat inflammatoire polymorphe ; les sequelles d'hémorragies marquées notamment par la présence de pigment.

L'évolution de la maladie qui les frappait à témoigné chez nos malades une certaine variabilité, ainsi qu'il est bien connu en matière d'acro-sarcomatose.

Sur les 44 sujets pour lesquels les conditions d'installation ont été précisées, nous notons :

- un début brutal, chez 2 patients (obs. n° 40 et 42) ;

- l'extension rapide des lésions cutanées chez un autre (obs. n° 28) ;

- dans les 41 autres cas, l'extension inexorable mais lente, souvent par à-coups, soit des lésions déjà constituées, soit d'atteintes cutanées nouvelles, reconstituant sur un autre territoire.

La durée d'évolution, plus particulièrement, apparaît très différente d'un cas à un autre. Il ne nous est pas possible de fixer la durée effective de cette évolution, non plus que le devenir des sujets intéressés, puisque, parmi ces Kaposiens, rares sont ceux qui ont été assez longtemps suivis. Nous ne pouvons donc que faire état sur ce point d'appréciations relatives. nous avons déjà indiqué ci-dessus que les malades auxquels nous nous référons ont été reçus pour la première fois à des intervalles fort inégaux après l'apparition des premières accidents: cependant, 9 patients ont été vus entre 4 et 10 ans après les premiers accidents, 3 entre 10 et 13 ans, 2 après 20 ans, donc près de la moitié après un nombre appréciable d'années. Si nous tenons compte des décès qui ont été enregistrés, nous constatons la même variabilité : 1 décès un an après la constitution des lésions initiales (obs. n° 29) ; 1 après deux ans (obs. n° 15) ; 1, après 3 ans d'évolution (obs. n° 28) ; 1 dernier après 10 ans (obs. 10)

Une seule autopsie a été pratiquée, chez un homme de 52 ans (obs. n° 15), permettant d'étudier les lésions d'un cubitus et de constater l'existence d'altérations viscérales non spécifiques : sclérose rénale, stéatose hépatique, périsplénite et sclérose vasculaire de la rate.

Nous sommes informés du traitement qui a été institué chez 33 malades, et des suites qu'il a comporté.

L'antibiothérapie a été mise en oeuvre chez 28 Kaposiens, sous la forme d'administration de bipénicilline ou, moins fréquemment, d'extencilline, à des doses totales comprises entre 10.000.000 et 400.000.000 d'unités. Sauf dans 2 cas (obs. n° 35 et 37), ce traitement n'a pas comporté d'effet favorable. Les autres antibiotiques utilisés, toujours en suite de la pénicilline, sont restés sans action sur les lésions constituées : entre 20 et 90 g d'auréomycine, dans 3 cas ; entre 30 et 50 g de terramycine, dans 2 cas ; 70 g de streptomycine, dans un cas ; 30 g de cathomycine, dans 1 cas.

La cortisone a été appliquée dans 1 cas, sans résultat, à la dose totale de 390 mg en 20 jours (obs. n° 15).

Le velbé, administré dans 2 cas n'a entraîné aucune amélioration nette (obs. n° 23 et 27) et, bien plus, chez l'un de ces malades (obs. n° 27), l'apparition de nouveaux éléments cutanés et l'extension de l'oedème préexistant ont coïncidé avec cette administration.

Le chloraminophène, à la dose de 0,004 g par jour pendant une durée moyenne d'un mois est demeuré sans action dans 5 cas.

La radiothérapie, appliquée chez 11 patients s'est montrée inopérante chez l'un, d'eux (obs. n° 15) ; elle a déterminé dans 8 cas une amélioration importante et, 2 fois (obs. n° 6 et 10), elle a été suivie de la rétrocession complète des lésions.

Deux malades ont été soumis à une action chirurgicale : l'un par ablation d'un nodule encastré dans le derme et curage ganglionnaire de l'aisselle (obs. n° 40) ; l'autre, par exérèse de 7 nodules sur les mains, avec un résultat très satisfaisant (obs. n° 42).

- ((CONCLUSIONS -

- I - En réunissant 44 observations et les indications fournies à propos de 10 autres cas d'acro-sarcomatose de Kaposi, nous avons procédé à l'étude de cette hémato-dermie dans la population antochtone d'Algérie.

Un tel compte, obtenu en fonction d'une surveillance médicale de plus de vingt cinq ans, montre que la maladie est rare dans ce pays.

- II - Par l'âge préférentiel des malades lors de l'apparition de ses premières manifestations ; le type de ses lésions initiales ; les localisations et le développement des altérations cutanées conditionne ; qu'elle ; l'existence mais aussi le peu de fréquence de ses déterminations profondes au premier rang desquelles figurent les atteintes du squelette ; les états pathologiques qu'elle s'associe mais aussi la rareté des affections malignes d'une autre nature qui se surajoutent à elle ; sa **résistance** aux traitements institués ; les caractéristiques des lésions histologiques qu'elle entraîne ; les différences de ses types évolutifs ; enfin, la variabilité d'un malade à un autre des différentes manifestations pathologiques par lesquelles elle s'exprime ;

- par toutes ces raisons, la maladie de Kaposi se comporte chez l'autochtone d'Algérie sous les mêmes formes qu'il est classique d'observer en Europe et en Amérique du Nord.

- III - Ainsi, chez l'autochtone d'Algérie, méditerranéen participant du peuplement de l'Afrique blanche, la maladie de Kaposi revêt un tout autre type que chez l'habitant des régions centrales d'Afrique noire.

- *B* I B L I O G R A P H I E -

- 1 - ABRAHAMSEN A. M. & WETTELAND P. : Le sarcome de Kaposi et la leucémie myéloïde. Nord Med, 62, déc, 1959, (1811 - 1813).
- 2 - ABRAMOWITZ E. W. : Kaposi's sarcoma with osteogenic sarcoma of the tibia. A. M. A. Arch. Derm. and Syph., 7, 253, 1923
- 3 - ACKERMAN L. V. & MURRAY J. F. : Symposium de kampala (372),
- 4 - ALEXANDER C. M. : Sarcome de kaposi avec manifestations oculaires. Am. J. Opht, 55, 625, 1963.
- 5 - ALVAREZ VIDAL F., CORRIPIO F., CAPRA J. : Maladie de kaposi : Traitement radiothérapique. Actas Derm. Sif., 1964, 55, 257 - 259.
- 6 - ANDRE R., DUPERRAT B., DAVID V., MASCARO J. & FISCHER R. : Association d'une maladie de kaposi à une maladie de Waldenström. Bull. Soc. Fr. Derm. Syph., 1966, 73, 5, (469-472).
- 7 - ANDREWS G. : Sarcome hémorragique de kaposi avec bulles. Arch. of Derm., 1963, 87, 6, (768-769).
- 8 - APPELMANS M., MICHIELS J., DEHOUX M. & VANHOONACKER E. : Les manifestations oculaires de la maladie de kaposi. Ann. Ocul., 191, 171, 1958.
- 9 - ARGENZIANO G. & DE LUCA M. : Morbo di kaposi ad esclusiva localizzazione sulla mucosa del glande. Minerva Derm., 1965, 40/II, 428-430).
- 10 - ARUIN L. I. : A combination of kaposi's Sarcoma of the lymphnodes with chronic lymphatic leukemia. Arth. Patol. (Russian) 1965, 27/I (81-84).
- 11 - BACCONNIER J. : Contribution à l'étude de la maladie de Kaposi. Thèse de médecine, dacty Marseille, 1966.

- I2 - BALABANOV K. - RAITSCHEV I. & GEORGIEVAS : Generalisierter morbus Kaposi Sofia Derme 1969, I55/5 (315-324).
- I3 - BANERJEE B. N. : Kaposi's Sarcoma. Indian J. Derm 1960, 5/2 (33-40).
- I4 - BANERJEE B.N. : Kaposi's idiopathic haemonhasic Sarcoma. Indian J Derm (Calcutta) 1956, I/4 (121-126).
- I5 - BANERJEE B. N. : Kaposi's idiopathic haemonahgic Sarcoma. A case in a Hindu. Brit J. Derm 1955, 67/6 (218-221).
- I6 - BARONE L. : Sul trattamento roentgenterapico del morbo di kaposi. Radiobiol - Radioter fis Med 1960, I5/4 (304-312).
- I7 - BARRINGER B. S. & DEAN A. L. : Kaposi's disease of the penis of two cases. Tr Am A. Genito Urin. Surgeons, 28, 409, 1935.
- I8 - BASSET A. & PAYET M. : Caractères cliniques de la maladie de kaposi dans l'Ouest Africain. Différences avec le Kaposi européen. Acta Un Int Canc 1962, I8/3 (376-379).
- I9 - BASSET A. - PAYET M. - REY M. & FAYE I. : Les formes tumorales de la maladie de kaposi à Dakar. Bull. Soc. Franç. Derm, 71, 203, 1964.
- 20 - BAZEX A. - SALVADOR R. DUPRE A. - PARANT M. - Mme CHRISTOL B. & SZAPIRO M. R. : Angiosarcome avec oedème Kaposien unilatéral. Diabète. Antécédents de phlébite. Discussion avec l'angio-endothélium, Bull. Soc. Franç. Derm et Syph. 71, 203, 1964.
- 21 - BELLONI Luigi (Milan) : Maladie de kaposi à évolution lymphosarcomateuse. (Contribution à l'étude des méseuchymopathies Hyperplastico-néoplastiques). Ann. Derm. et Syph. 1949, 2, I, (45-56).
- 22 - BERNARD D. - HENING & MASSILON (Ohio) : Sarcome de kaposi chez le noir. The journal of the american med asso 1963, I85, 6 (540-542).

- 23 - BERNOS M. - DEZEST G. & BABLET J. : Deux nouveaux cas de maladie de kaposi au Cameroun. Bull. Soc Franç. Derm et Syph, 68, 4, 1961, (608-612).
- 24 - BERTACCINI G. Réticulo-sarcome développé sur sarcomatose de Kaposi antérieure typique. Dermatologia 10, 6, 1959, (161-168).
- 25 - BERTACCINI G. : Due casi non comuni di malattia di kaposi. Am. Kerm sif ital. 1954, 10/2, (229-231).
- 26 - BHANA D. - TEMPLETON A. C. - MASTER SP & KYALWAZI S.K. : Kaposi sarcoma of lymph nodes Brit J. Cancer 1970, 24/3, (464-470).
- 27 - BLUEFARB : Kaposi's Sarcoma. Thomas Edit. Springfield 1957.
- 28 - BLEFARB.S. M. & WEBSTER J. R. : Kaposi's sarcoma associated with lymphosarcoma. A.M.A. Arch. int. Med, 91, 97, 1953.
- 29 - BONNET J. - CALAS E. - ALMARIE R. & LE GOFF Y. : Maladie de kaposi récente améliorée par l'électrothérapie. Bull. Soc Franç. Derm Syph 1969, 76/3, (440-441).
- 30 - BONNET J. CALAS TASSO F. - BACCONNIER J. : Maladie Kaposi à manifestations cutanées lymphatiques et viscérales. Filliale de la Soc Franç. Derm. Marseille 19 Nov. 1966.
- 31 - BOURDON R. - DANA M. & TOVATI M. : Exploration radiologique et radiothérapie de la maladie de kaposi. Gaz Med Fr 1968, 75/2 (375-377).
- 32 - BOURGEOIS - SPINASSE - GRELLET & GRUPPER : Maladie de kaposi avec atteinte de la muqueuse buccale. Bull. Soc Franç. Derm et Syph 1970, 77, 6.

- 33 - BREHANT J. & Mme MUSSINI - MONTPELLIER J. : Esquisse de la physionomie du Cancer en Algérie. Bull. Alger. Carcinol, vol II, 35, 1959, (17-66).
- 34 - BREHANT J. & Mme MUSSINI - MONTPELLIER J. : Esquisse de la physionomie du cancer en Algérie (étude complémentaire de la carcinidie algérienne). Bull. Alger, Carcinol, vol. 13, 37, 1961 (15-39).
- 35 - BRUNNING RD - FOLEY J. F. & FORTUNY I. E. : Hodgkin's disease and kaposi's sarcoma. Report of a case. Arch. intern Med 1963, 112/3 (363-369).
- 36 - BRONET. (J) - CHRETIEN (J) & GAUDEAU N. : Soc Fr de path resp 12 mars 1961.
- 37 - BUCCELATO G. : Maladie de kaposi réduite par l'administration de paramethyl-isopropyl-phénol (thymol). (Gior ital deim 1964 fasci 4 (15)).
- 38 - BUREAU Y. - BARRIERE - LITOUX & BUREAU Mme B. : Maladie de kaposi chez un diabétique de la région nantaise. Bull. Soc Franç. Derm et Syph 1966, 73, (425).
- 39 - CAILLAU F. - JAUSSION H. & CALOP R. : Maladie de kaposi et sarcomatose éruptive, Presse médicale, 1948, 56, 19, (240-241).
- 40 - CALAS E. & PIERRON J. : Maladie de kaposi traitée par extraits placentaires. Bull. Soc Franç. Derm. 69, 551, 1962.
- 41 - CAMAIN R. : Aperçus sur le cancer en A.O.F. Bull. Soc Path. Exot. 47, 4, 1954, (614-630).
- 42 - CAMAIN R. & QUENUM A. : Histopathologie et histogénèse de la maladie de kaposi. Acta Un Int Cancer 1962, 18/3 (453-459).

- 43 - CARR. R. D. & MEUGEL C.E. : Système Mastocytosis with lesions ressembling kaposi's sarcoma cutis (N. Y.) 1968, 4/I, (39-43).
- 44 - CASAS GOMEZ G. E. : Kaposi's haemorrhagic and pigmentary sarcomatosis. Bol. Soc Cubana Derm Sif 1960, 17/2-3, (77-83).
- 45 - CASTERMANS - ELLAS S. : Kaposi's disease. Arch belges Derm 1961, 17/I (50-55).
- 46 - CASTELAIN. P. Y. AMALRIC R. - SPITALIER J. M. & ROUX G. : Les radiations dans le traitement de la maladie de kaposi. Bull. Soc. Fr. Derm & Syph 1964, 71, (29-33).
- 47 - CERUTTI P. & PISANI M. : Contributo allo studio della istioangio-reticulosi di kaposi (A proposito di 45 casi). Folio angiolo (pisa 1957, 2/3, (169-173)).
- 48 - CIGIL. R. T. : Urticaria pigmentosa, lymphatic leukaemia of the skin, mycosis fungoides and kaposi's Disease. Hautarzt 1952, 10/2 (423-424).
- 49 - CLARK A. : Sur deux cas de sarcomatose de kaposi rencontrés au Kenya, East Afr. Med. Journ. 25, 4 1948, (123-129).
- 50 - COHEN F. B. - KANNERSTEIN M. & KLOSKE : Macroglobulinemia in association with kaposi's sarcoma. J. Newark Beth Israel Hosp 1965, 16/I (30-49).
- 51 - COHEN L. : Treatment of kaposi's sarcoma by radiation acta Un Int Cancr 1962, 18/3, (502-509).
- 52 - COLLAS R. - BRUN J. - COUDERT J. - PENINOU - CASTAING J. : La maladie de kaposi et des formes pulmonaires tumorales. Lyon Med 1962. 208/47 (1041 1046).
- 53 - COLOMBD. - FAYOLLE J. - TAINÉ B. - MOULIN G. : Maladie de kaposi avec lesions osseuses. Bull. Soc Fr. Derm & Syph. 1957, 64 (430).

- 54 - COMEL M. : Sarcoma di kaposi con diffusione all' albero respiratoria e con reperto broncoscopico. Gior. Ital. Dermat. & Sif. 75, 206, 1934.
- 55 - COOK J. : The clinical features of kaposi's sarcoma in the east african bantu. Acta Un Int Cancr 18, (388-393), 1962.
- 56 - COOK J. : The treatment of kaposi's sarcoma with nitrogen mustard. Acta Un Int Cancr 1962, 18/3 (494-501).
- 57 - COOK J. & KEEN P. : Surgery in the traitement of kaposi's sarcoma. Acta Un Int Cancr 1962, 18/3 (492-493).
- 58 - CORTEZ PIMENTEL J. & DA FONSECA N. (Lisbonne) : Maladie de kaposi a faux aspect histologique de neurinome. Gaceta Medica portuguesa 1964, 17, 6.
- 59 - COSTELLO M. J. & KNOWLES F. C. : Kaposi's sarcoma. Arch Dermat et Syph 41, 618, 1940.
- 60 - COW J. W. - HALPRIN K. & ACKERMAN A. B. : Kaposi's Sarcoma localized to the penis Arch Derm 1970 102/4 (461-462).
- 61 - COX F. & HELWIG B. : Sarcome de kaposi Cancer 12, 289 1959.
- 62 - CUILLERET P. & GALLET J. : Angiosarcomatose de kaposi au debut. Bull. Soc. Franç. Derm et Syph 5, 103, 1945.
- 63 - CUILLERET P. - COLOMB D. & MULLER J. : A propos d'un cas de maladie de kaposi localisé presque uniquement de la verge. Bull. Soc Franç. Derme & Syph 61, 3, 1954, (227).

- 64 - DALLA FAVERA G. B. : Ueber das sogenannten sarcoma idiopa thicum multiplex haemorrhagicum (kaposi) Klinische und histologische beitrage Arch. Dermat. U. Syph, 109, 387, 1911.
- 65 - DARRIER J. - CIVATTE A. & TZANC A. : Précis de dermatologie. I Vol. Masson, édit Paris, 1947, (1076 78).
- 66 - DAVIES A. G. M. : Bone changes in kaposi's sarcoma an analysis of 15 cases occurring in bantu Africans J. Fac. Radiol (Lond) 1956, 8/1 (32-40).
- 67 - DAVIES J. N. - LOTHE F. ; Kaposi's sarcoma in african Kaposi's sarcoma in african children. Acta Un Int Cancr 18, 394-399, 1962.
- 68 - DAVIES J. N. P. : A propos d'un cas de maladie de kaposi observé en Ouganda. EAST. Afr. Med. J. 1948 25 ; 3 (117).
- 69 - DAVIES J. N. P. : Kaposi's sarcoma. A re-evaluation based on the disease in african. Acta Un Int Cancr 1962, 18/3 (372-375).
- 70 - Bis - DAVIES J. N. P. : Kaposi's sarcoma. Trans. St John's Hosp Derm Soc (Lond) 1963, 49/2 (93-98).
- 71 - DAYAN A. D. & LEWIS P. D. : Origin of kaposi's sarcoma from the reticulo-endothelial system. Nature (Lond) 1967, 213/5079 (889-890).
- 72 - DE AZEVEDO BERNARDA R. : Kaposi's Disease. Medico (Porto) 1965, 36/728 (385-387).
- 73 - DEGOS R. : La maladie de kaposi collection med-chir Flammarion édit. Paris 1953 Dermatologie I Vol. (924-929).
- 74 - DEGOS R. LORTAT - JACOB E. - BEUVE-MERY M. & LEFEBRE M.R. (Paris) : Maladie de kaposi majeure, complètement effacée après radiothérapie et chlora-minophène. Ann Derm & Syph 1966, 93, 2 (159-161).

- 75 - DEGOS R. - TOURAINE R. - BELAICH S. & VACHON N. :
Le traitement de la maladie de kaposi par le
chlorambucyl (chloraminophène) Dermatologica
(Basel 1967, 135/5 (345-354)).
- 76 - DEGOS R. TOURAINE R. - CIVATTE J. - BELAICH S. & Mme D.
FRANCK : Maladie de kaposi (à propos de 28 cas)
Ann Derm & Syph 1965, 92, (113-126).
- 77 - DELFOUR C.: La maladie de kaposi dans la race noire.
Thèse Bordeaux, 1954, 100.
- 78 - DELMAS J. : Maladie de kaposi. Thèse Paris 1951.
- 79 - DILLARD G. J. & WELDMAN F. D. : Multiple hemorrhagic
sarcoma of kaposi. Histologic studies of two cases,
one disclosing intertinal lesions at necropsy
Arch. Dermat and Syph. II, 203, 1925.
- 80 - DOBRESCU A. EREMIA - KURSKY V. - GRAMA F. L. - CUCU V.
TEODORESCU A. : The rapid évolution of a case of
multiple generalized angiosarcomatosis (kaposi's
disease). Derm Vener (Buc) 1962, 7/1, (67-73).
- 81 - DOMOTOR L. & WESSELY J. Isolated visceral kaposi sarcoma
(Budapest) ORV Hetil 1964, 105/II, (502-505).
- 82 - DORFELL J. : Etude étiologique de la maladie de kaposi
Arch. Fur Derm 1929, 161, (62-66).
- 83 - DORFELL J. : Histogenesis of multiple idiopathic hemo-
rhagic sarcoma of kaposi. Arch. Dermat an syph
1932, 26, (608-634).
- 84 - DORFMAN R. F. : Kaposi's sarcoma, the contribution of
enzyme histochemistry to the identification
of all types. Acta Un Int cancer 1962, 18/3,
(464-476).
- 85 - DUGOIS P. - AMBLARD P. & DE BIGNICOURT : Une forme de
début atypique : poussées pseudo-erysipela-
teuses pendant des années. Bull. Soc Franç.
Derm & Syph 1968, 75, I (31;32).

- IX -

- 86 - DUPERRAT R. B. : Etude des angiomes, tumeurs évolutives. Essai de classification. Thèse Paris 1938 169.
- 87 - DUPERRAT R.B. & BELLONI : Angiomatose de kaposi de topographie zoniforme. Soc Franç. Dermat. 10 Nov. 1949, (438).
- 88 - DUPERRAT B. & BELLONNE A. : Maladie de kaposi et osteopetrose. La semaine des Hop. de Paris 1962, 1938 33 (127-129).
- 89 - DUPERRAT B. - GOETSCHER G. & MASCARO J.M. : Kaposi's angioreticulomatosis at the very onset in a diabetic patient. Bull. Soc Franç. Derm Syph 1960, 67/3, (490-492).
- 90 - DUPERRAT B. & PACOT C. : Les adénopathies kaposiennes Ann. Derm & syph. 1964, 91, 3, 241-254.
- 91 - DUPONT A. Note sur la maladie de kaposi. Bull. Assoc Franç. Etude cancer, 23, 487, 1934.
- 92 - DUPONT A. : A propos des modifications de la formule sanguine dans l'angioreticulose de kaposi. Arch. Belges Dermat. & Syph, 6, 206, 1950.
- 93 - DUPONT A. : Les caractères de l'angioréticulomatose de kaposi chez les noirs africains. Dermatologia Internation, 4, 2, 1965, 108-110.
- 94 - DUPONT Ad. - CHABEUF & VAN BREUSEGHEM : Angiomatose de kaposi chez les noirs. Arch. Belges de Derm & Sy Syph, 4, 1, Mars 1948, 132-136.
- 95 - DUTZ W. & STOUT A. P. : Kaposi's sarcoma in infants and children cancer (Philad) 1960, 13/4, 684-694.
- 96 - EBERT M. H. & OTSUKA M. : Kaposi's sarcoma associated with a malignant tumor of the colon. Arch. Dermat & Syph. 50, 61, 1944.

- 97 - EHRENBERG L. : Zweifalle von tumor in herzen. Arch. Klin. Med. 103, 293, 1911.
- 98 - EHREMAN O.S. : Die behandlung des sarkom idiopathicum Haemorrhagicum (tanturri fulschlich pigmentosum kaposi). Mit quarglicht Wien Med. Wehnschr 63, 2336, 1913.
- 99 - ELJASZ A. : Uber einen Fal von kaposi sardom mit hauthornartiger bildung und blasentumor. Arch. Dermat U. Syph. 164, 650, 1931.
- 100 - ELLER J. J. & KEST LH. : Kaposi's sarcoma of the legs and lupus vulgaris of the nosd in the same patient préented at the atlantic city dermat. Conf., New-York City (Mars) 1940.
- 101 - ELLIS F. A. : Multiple idiopathic hemorrhagic sarcoma off kaposi. Report of a case in anamerican negro Arch. Dermat an Syph, 30, 706 (Nov.) 1934.
- 102 - ELMS (J). : J. of path an bact. 67-1954. 610.
- 103 - EPSTEIN E. : Extracutaneous manifestations of kaposi' sarcoma. A. Systemic lymphoblastoma. Calif Med. 1957, 82/2, 98-103.
- 104 - ESTRIN M. M. ; Kaposi's sarcoma. Arch. Dermat an Syph 48, 665 (Déc.) 1943.
- 105 - EWING J. : Neoplastic diseases. 4 th edition, I vol. w. b. saunders co, edit. Philadelphia, 1942, (279-282).
- 106 - FARAGO L. : Sarcome de kaposi. Ann Derm & syph 1958, 85, 3, (297-298).
- 107 - FARNETI A. & SCHMID C. : Studio anatoma patologico di un caso à localizzazione cutarreo e viscerale (I morbo di kaposi). RIV. PAT. CLIN-SPER 1962, 3/5, 289-298.

- IO8 - FAYE I. & AL. : Kaposi's disease with cutaneous gangrene and visceral localisation. Bull. Soc Med Afric Noire Lang. Franç.
- IO9 - FERRERA S. : Considerazioni sul morbo di kaposi. Gazz Int Med Chir 1968, 73/2, 148-162.
- II0 - FISCHER J. W. & COHEN D.M. : Simultaneous occurrence of kaposi's. Sarcoma, leukemia and diabetes mellitus Am. J. Clin. Path, 21, 286, 1951.
- III - FLOCH H. : Le cancer en guyane française. Cahiers Med e l'Union franç. 1946, Juillet-Septembre, I.
- II2 - FORMAN L. : Kaposi's disease. Brit. J. Kermat. 47, 172, 1935.
- II3 - FRANCK SIGUIER Mme D. : Maladie de kaposi thèse de médecine dactyl. Paris 1963, 887.
- II4 - FROHLICH H. J. : Etiologie et thérapeutique de la maladie de kaposi. Derm Wach 1937, 24, (204-208).
- II5 - GARNER V. C. : Kaposi's sarcoma in a negro. Arch. Dermat an syph 38, 985 ; Déc. 1938.
- II6 - GARZATOBA M. : A propos d'un cas de maladie de kaposi (schéma clinico interpretationnel actuel) Medecina, revista mexicana, 39, 818, 25 Avril 1959, (165-171).
- II7 - GARZATOBA M. : Cas d'angiomatose de kaposi traité par radiothérapie. Medicina revista mexicana, 39, 824, 1959, (328-332).
- II8 - GELFAND F. : La maladie de kaposi en Ouganda. The sick African, I vol. Stewart, édit, capetown 1948.

- II9 - GIANNETTI A. : Malattia di kaposi a SEDE primitivamente mediastinica. G. ITAL Derm. 1968, 109/5 377-388.
- 120 - GIANNOPOULOS G. - PTIKIS S. & GEORIADES J. : La maladie de kaposi. Iatrika Pepragmena, 1966, I, 3, 278-290.
- I21 - GIBBS C. : Kaposi's sarcoma involving the ears. Arch. Derm. 1969, 91/1, 104-105.
- I22 - GIBBS R. C. - HYMAN A. B. : Kaposi's sarcoma at the base of cutaneous horn. Arch. Derm. 1968, 98/1, 37-40.
- I23 - GIGASE P. L. : Quelques aspects du sarcome de kaposi en Afrique. Ann. Soc Belge Med Trop. 1965, 45/2 195-209.
- I24 - GILCHRIST T. C. & KETRON L. W. : Report of two cases of idiopathic hemorrhagic sarcoma (kaposi), one presenting unusual features with special methods of treatment and investigation. J. CUTAN. DIS., 34, 429, (June) 1916.
- 125 - GILLET M. : Sur un cas d'angio-sarcomatose de kaposi cahiers méd. Union Franç. 4ème année, 31, 1949 441-442.
- I26 - GOLDSCHLAG F. : Un cas de sarcome idiopathique hémorragique de kaposi. Australien journal of dermatology, I, 1, Mars 1951, (69-74).
- I27 - GONZALES MEDINA R. : Contribution à l'étude de la sarcomatose idiopathique pigmentaire hémorragique de kaposi. Actas dermo-sifiliograficas, année 1950, 5, Juin-Juillet 1959, (315-320).
- I28 - GORDON H. W. & RYWIN A. M. : Kaposi's of the large intestine associated with ulcerative colitis, A hitherto unreported occurrence. Miami-Gastroenterologi 1966, 50/2, (248-257).

- I29 - GORDON J. A. : Kaposi's sarcoma : a review of 136 Rhodesian African cases. Post grad medical J, 43, (17-26), Aug 1927.
- I30 - GORDON J. A. : Kaposi's sarcoma : four cases to demonstrate differences in the manner of presentation. Cent. Afr. J. Med 15 241-244), oct. 69.
- I31 - GORHAM S. L. : Sarcome de kaposi envahissant les os Arch of path 1963, vol. 76, 456.
- I32 - GOUGEROT H. & BURNIER : Maladie de kaposi uniquement palmaire. Bull. Soc Franç. Derm & syph 1938, 45, 2, (387-389).
- I33 - GOUGEROT H. - PATTE A. & PETRAUD P. : Acrosarcomatose de kaposi polymorphe et bulleuse. Bull. Soc Franç. Derm & syph 1937, 44, 2, (640-643).
- I34 - GRACIANSKY P. & BOULLE St. : Atlas de dermatologie maloine édit. Paris.
- I35 - GRACIANSKY P. & GRUPPER C. : Maladie de kaposi à forme très localisée. Bull. Soc. Franç. Derm & Syph, 68, 582, 161.
- I36 - GRAHAM T. N. : Idiopathic multiple hemorrhagic sarcoma (kaposi): report of an unusual case in which the initial lesion was on the eyelid. Arch. Ophth, 27, 1188 June 1942.
- I37 - GRAHAM - LITTLE. E G. : Multiple idiopathic hemorrhagic sarcoma of kaposi. Brit. J. Dermat, (30, 213), 1918.
- I38 - GRALL A. & GEYER A. : Deux cas de maladie de kaposi chez le noir africain. Médecine tropic 5, 3; 1945, (207-218).

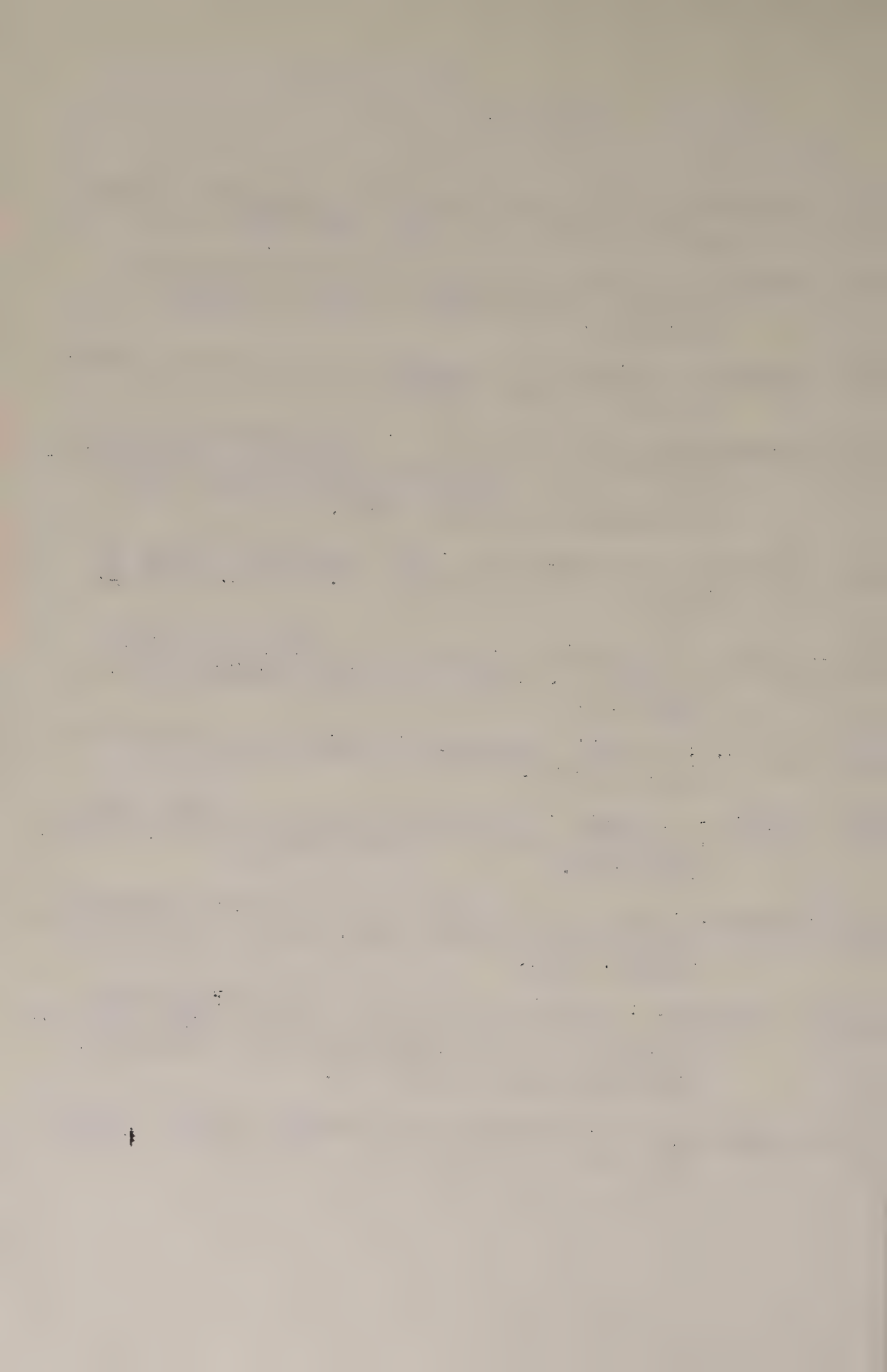
- I39 - GRANDBOIS J. & GAUMOND E. : Sarcome de kaposi. Les cahiers de l'hotel-dieu de Quebec année II, 1956, paru en déc. 1957, (82-86).
- I40 - GRECO N. V. - BIGATTI A. - DE MAPW S. P. & CAPURRO J. : Caractéristiques de la maladie de kaposi Relation de deux nouveaux cas. Sem. des hop. 1938, 45, 31, (229-259).
- I41 - GREEN STEIN R. H. AND COUSTON A.S. : Co-existent hodgkin's disease and kaposi's sarcoma. Ann J. M. sc, 218, 384, 1931.
- I42 - GREPPI E. & BETTONI I. : Splenomegalia emolitica ed angio-endotelioma cutaneo tipo kaposi con associazione di agranulocitozi i sepsi orale sindrome complessa di reticoloendoteliosi. iperplastico-neoplastica. Arch. Ist Biochim, Ital. 4, 403, 1932.
- 143 - GRIGORJEW P. S. : Zur kenntnis des multiplen idiopathischen hemorrhagischen sardoms (kaposi). Arch. Derm. U. Syph, 146, 384, 1924.
- I44 - GRINSPAN D. : Familial sarcomatosis of kaposi. Arch Argent Derm 1954, 4/4, (371-382).
- I45 - GRINSPAN D. : Reticulose angiogène de kaposi (sarcoma tose de kaposi). Archivos argentinos de dermatologia, 2, 3, sept. 1959, 225-235.
- I46 - GROSPERRIN R. ° PELISSIER A. : Uns cas d'angio sarcomatose de kaposi chez un noir. Cahier médic. Union Franç. 2ème année 1947, (215-218).
- I47 - GROSS P. : Multiple idiopathic hemorrhagic sarcoma (Kaposi) with lesions in the mouth. Arch. Dermat. And syph 30, 153, July 1934.
- I48 - GROVE J. : Maladie de kaposi, un cas inhabituel. Radiology 65, 2, Août 1955, (236-240).
- I49 - GRZYBOWSKI M. : Contribution a l'étude de l'histogène de la maladie de kaposi. Ann. Derm. & Syph 5, 135, 1934.

- I50 - GUARINI C. : La cura del sarcoma idiopatico del kaposi con la roentgenteropia. Arch radiol, 2, 40, 1926.
- I51 - GUCCIONE F. : Contributo allo studio patogenetico della malattia di kaposi. Arch. Ital. di anat & istol. pat. 5, I, 1934.
- I52 - HADIDA A. - BERANGER J. TRAMIER G. - SAYAG (Mme J) MIGOZZI B. & BONERANDU J. J. : Maladie de kaposi. Bull Soc Fr. Derme et syph. 1968, 75, 4, (469).
- I53 - HADIDA E. BOUDOURESQUE J. - SAYAG J. & MASQUIN L. Maladie de kaposi, multiples paralysies des nerfs craniens. Bull. Soc Franç. Derm & Syph 1969, 76/3, 517-418.
- I54 - HADIDA E - LE FRANC M. & VIDAL H. : Angiosarcomatose de kaposi. Bull. Alger Cancerol, 1ère année 3, 1948, 280-281.
- I55 - HADIDA E. - MARILL F.G. - TIMSET E. & STREIT R. : Angiosarcomasoe de kaposi. Bull Soc Franç. Derm 60, 287, 1953.
- I56 - HADIDA E. & SAYAG J. : Maladie de kaposi. Filiale de la soc. Franç. Derm (Marseille) 18 Juin 1966.
- I57 - HADIDA E. SAYAG. J. & TRAMIER G. : Maladie de kaposi Filiale de la Soc. Franç. Derm (Marseille) 19 Nov. 1966.
- I58 - HAIDAR A. & ZAKHIA DOUHAIHY H. : Maladie de kaposi localisée au pouce. Rév. Méd. Moyen Orient 1957 143, 229-232.
- I59 - HAMDI H & RESAT H. : Sur l'histologie de la sarcomatose de kaposi. Ann. Anat. Path 1932, 2, 593-595.

- I60 - HANSSON C.J. : Kaposi's sarcoma ; clinical, & radio-
thérapeutic studies on twenty-thereee patients.
Acta radiol. 21, 457, Oct. 1940.
- I61 - HARE P.J. : Syndrome de stase simulant le sarcome
de kaposi. Proceeding of the royal society of
medecine section of dermatology, séance du 19
Nov. 1969, 53, 2, Mai 1960, 381.
- I62 - HASHIMOTO K. & LEVER W.F. ; Kaposi's sarcoma histo-
chemical and electron microscopic studies. J.
Invest Derm. 1964, 43, 6, (539-549).
- I63 - HENNESSEY J. : A note endotheliomations tumours en-
coundred in unganda east africo. Med. Journal,
1942, 29, 8, (236-242).
- I64 - HERRING B.D. & MASILLON. : Sarcome de kaposi chez le
noir. The journ. of the Amer. Med. Ass. Vol. 185,
6, 1963, (540-542).
- I65 - HIGGINS C.K. : Kaposi tumor. Brooklyn Hosp. J., 9,
187, 1951.
- I66 - HIGGINSON J. : Malignant neoplastic disease in the
south African Bantu. 4, 6, Nov. 1951.
- I67 - HIGHMAN W. J. : Kaposi's sarcoma lasting for 23 yea-
rs. Arch. Dermat. & Syph, 18, 987, Déc. 1928.
- I68 - HOMMA H. : Zur histologie derkaposischen krankheit
centrabl. f. Allg. Path. U. Path. Anat. 63, 241,
1935.
- I69 - HUDELO H. & CAILLAU F.:La sarcomatose idiopathique
pigmentaire de kaposi et ses interprétations his-
togéniques et pathogeniques. Ann. Derm. & Syph,
1931, 2, 7, 417-445.

- I70 - HUFNAGEL L. & DUPONT A. : Sarcomatose idiopathique de kaposi et leucémie lymphoïde. Bull. Soc. Franç. Derm. & Syph, 38, 656, 1931.
- I71 - HURLBUT & LINCOLN : Sarcome multiple hémorragique et diabète sucré. Arch. Int. Med. 84, 738, 1949.
- I72 - HURIEZ C.L. - DESMONS F. - AGACHE P. - BENOIT P. - BENOIT & BOMBART-THOREUX. : Aspect clinique de maladie de kaposi au cours d'un leucose lymphoïde. Bull. Soc. Franç. Derm & Syph. 1961, 68, (463-464).
- I73 - HUMPHRIER S.V. : Report on twenty patients with malignant disease treated with cytotoxic agents S. Afr. Med. J. 1964, 38, 14 (276-278).
- I74 - HUNDELKER M. & PETERS J. : Angioblastic foreign body reaction presenting as a sarcoma idiopathicum haemorrhagicum kaposi. Hautarzt 1969, 20/5, (231-232).
- I75 - ISVANESKI M. & FANINGER A. : A cause of kaposi's disease (sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum. Dermatologica (basel) 1958, 116/3, (192-197).
- I76 - JAEGER H. & GEISER D. : Sur la sarcomatose de kaposi et son traitement par la pénicilline. Dermatologica (basel) 1954, 108/4-6, 366-373.
- I77 - JEANSELME E. & OTHERS. : A propos d'un cas de sarcomatose de kaposi étude anatomoclinique et essai d'inoculation aux gallinacés. Bull. Soc. Franç. Derm. & Syph, 35, 384, Mai 1928.
- I78 - JELLIFFE D.B. COOK J. & DAVIES J.N. : Disseminated glandular kaposi sarcoma in a ugandan child. J. Pediat 62, (452-455), 1962.
- I79 - JESSUP D.S.D. : Sarcome de kaposi. Ann. Journal cancer 1937, 31, 4, (556-563).

- I80 - JOHNSTONE G. : Kaposi's sarcoma in tanganyika (tanzania). J. Traop. Med. Hyg. 1965, 68/I, I-8.
- I81 - JORDAN A. : Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum. Monatsscher. F. Prakt. Dermat. 32, 345, 1901.
- I82 - JUSTUS J. : Sarcoma idiopathicum kaposi. Arch. Dermat. U. Syph 151, 436, 1926.
- I83 - KALAMKARYAN A.A. & SYCH L.I. : Combination of mycosis ermgoides. Dermatogranulomatosis and angiorecticulosis (kaposi sarcoma) in one patient. Vest. Dermvener 1968, 42/4, 12-16.
- I84 - KAMLINER H. & MURRAY R.H. : La maladie de kaposi en Afrique du Sud South Afr. J. of Med. 1950, I, 1-9.
- I85 - KAPOSI - Sarcomatose cutanée idiopathique multiple pigmentaire. Arch. Fur Dermat und Syph 1872, 4, (265-273).
- I86 - KAY S. : Kaposi's disease. Virginia Med Monthly 1960, 87/4, 198-201.
- I87 - KAZUO - KAZEGAWA : Un cas de sarcome de kaposi. The Japanese Journal of dermatology mai 1962. Vol 72, 5, 379-390.
- I88 - KEEN P. : The clinical features of kaposi's sarcoma in the south african bantu. Acta Un Int Cancer 18, 380-387, 1962.
- I89 - KOCSARD E. : Kaposi sarcoma in a chinese boy (aged 16 years) with localization on the left lower extremity and on the right caruncula lacrimalis. Dermatologica, 99, 43, 1949.
- I90 - KOMCZYNSKI L. : Generalized malignat sarcoma of kaposi's type. Polsk-Tyg-Lek, 1953, 8/37-39, (1303-1309).



- I91 - KREN O. : Sarcoma idispathicum hemorrhagicum (kaposi)
in JADASSOHN J. Handbuch der Haut- und Gesch. LESHT
SKRANK Heiten. BERLIN. Spreinger, 1933, 12,
Pt 3, 841.
- I92 - KRUPNIKOW D.P. : Zur Frage des multiplen idiopathischen
haemorrhagischen sarcoma kaposi. Zentralbl. Haut J.
Gesch 9, 117, 1923.
- I93 - KURBAN A.K. - FARAH F.S. - MALAK J.A. - HABAL M.-
& TABET E. : Multiple idiopathic hemorrhagic sar-
coma (Kaposi's sarcoma). J. Med Liban 1965, 18/6
(487-494).
- I94 - KUSNEZOW W.N. : A case of sarcoma multiplex idiopathi-
cum (kaposi) with fatal outcome. Urol & Cutan.
Rev. 37, 230, (April) 1933.
- I95 - KILWAZY S.K. : Treatment of kaposi's sarcoma E. Afr.
Med. J. 46, 450-458, (aug) 69.
- I95 Bis - KYALWAZI S. K. : Kaposi's sarcoma (one or two di-
seases E. Afr. J. 46, 459-464, (aug) 69.
- I96 - KYALWAZI SK ET AL : Actinomycin D in malignant kaposi
sarcoma. East Afr. Med J. 48, 16-26, (jan) 71.
- I97 - LANDI G. : Reticulose, angioplastique de kaposi chez
un diabétique, étude clinique et histochemique.
Dermatologia. Rassegna di terapia delle malattie
cutanee et veneree, 13, fasc 2, 1962 (93-104).
- I98 - LANE G.G. & GREENWOOD A.M. : Lymphoblastoma avec sarcome
hémorrhagique de kaposi. Arch. Of Derm & Syph.
1933, 4, 643-657.
- I99 - LAUGIER P. & ELLENA V. : Maladie de kaposi ayant déb-
uté sous forme clinique de botryomycome. Bull.
Soc. Franç. Derm & Syph 73, 5 bis, 1966, 831.

- 200 - LAUGIER-ELLENABRALE (Mme T) : Maladie de kaposi
epitheliomas baso-cellulaires multiples. Bull.
Soc. Franç. Derm & Syph 1968, 75, 5, (699).
- 201 - LE COULANT P. TEXIER L. - MALVILLE P. & BEYLOT :
Maladie de kaposi & diabète. J. Med Bordeaux
1962, 139/3, (299-302).
- 202 - LE COULANT - TEXIER - MALEVILLE - GENIAUX & TAMISSIER :
Maladie de kaposi. Filiale de la Soc. Franç
Derm. (Bordeaux) (22 Janv. 1966.
- 203 - LEE F. D. : A. Comparative study of kaposi's sar-
coma and granuloma pyogenicum in Uganda. J.
Clin. Path. 1968; 21/2, (119-128).
- 204 - LEE S. C. H. : Sarcome de kaposi des ganglions lym-
phoïdes. Arch. of pathologic 1965, 80, 651.
- 205 - LIEBERTHAL D. : Idiopathic multiple hemorrhagic
sarcoma (Kaposi) trauma an etiological factor
J. Cutan. Dis. 27, 522, (Nov.) 1909.
- 206 - LOEWENTHAL L. J. A. : Multiple idiopathic hemorrha-
gic sarcoma of kaposi. Arch. of Derm a syph 1938,
37, 6, (972-974).
- 207 - LORTAT-JACOB L. FERNET R. - POUMEAU DELILLE J. :
Un cas de sarcomatise cutanée, type kaposi.
Bull. Soc. Franç. Derme et Syph. 1927, 34, 6,
839-843.
- 208 - LOTHE E. : Kaposi's sarcoma in African children
Acta Un Int Cancr 1962, 18/3, (394-399).
- 209 - LOTHE F. : Kaposi's sarcoma in Uganda Africans.
Acta path mocrbid scand 1963, 57, Suppl. 161.
- 210 - LOTHE F. & MURRAY J. F. : Kaposi's sarcoma : au-
topsy findings in the african. Acta Un Int
cancr 1962, 18/3, 429-452.

- 211 - MABERRT J. D. & STONE O. J. : Kaposi's sarcoma with thymoma. Arch. Derm. 1967, 95/2, 210-213.
- 212 - MAC CARTHY Ph. : Sarcome hémorrhagique de kaposi Arch. of Derm. 1963, 88, 3, 356.
- 213 - MAC KEE & CIPOLLARO - Sarcome idiopathique multiple hémorrhagique (kaposi). Am. J. Cancer 26, I, 1936.
- 214 - MAFART Y - PERELLON L. BEZES H. & ARMENGAUD M. : A propos de deux tumeurs rares du tissu cellulaire sous cutané. Maladie de Unna Kaposi. Calcinosis sous cutanée. Bull. Med. de l'A.O.F., I, 2, 1956.
- 215 - MALI J.W.H. - KUIPER J.P. & HAMERS A.A. : Acro-angio dermatitis of the foot. Arch. Derm 1965, 92/5 515-518.
- 216 - MARCEAU M. : Les formes lymphangiomateuses de la maladie de kaposi. Lyon Med. 94, 297, 1963.
- 217 - MARGAROT J. - RIMBAUD P. & GAZAL P. : Le problème nosographique de la maladie de kaposi. La semaine des Hop. Année 24, I, 1948, 6; 9.
- 218 - MARNEFFE J. : Notes cliniques sur 4 cas d'angiosarcomatose de kaposi découverts en Urundi. Ann. Soc. Belge Med. Trop 1954, 34/6, 1019-1023.
- 219 - MARTENSSON J. & HENRICKSON H. : Immuno-hemolytic anemia in kaposi's sarcoma with visceral involvement only. Acta Med. Scandinav 150, 3, 1954.
- 220 - MARILL F. G. - COLONNA P. & BOUDJELLAB O. : Le traitement par substances antimitotiques de deux cas d'acro-angiomatose de kaposi. Bull. Soc. Franç. Derm & Syph, 1964, 71, 4, 483.

- 221 - MARILL. F.G. - HADIDA E. & Mme SAYAG J. : Esquisse de la physionomie de l'angiosarcomatose de kaposi en Algérie (à propos de 25 observations personnelles) C.R. XIIIe Cong. Int. Dermat. Munich. Juil. 1967 748-750.
- 222 - MARILL F.G. & Mme SAYAG J. : Acro-angiomatose de kaposi avec déterminations osseuses. Bull. Soc. Franç. & Syph, 1967, 74, 5, 585-586.
- 223 - MARILL F. G. & ISMAIL DAHLOUK M. : Altérations osseuses chez cinq malades atteints d'acro-angiomatose de kaposi. Algérie Médec. 1969, 6, 3, 215-223.
- 224 - MARILL F.G. & ISMAIL DAHLOUK M. : Maladie de kaposi en nodules solitaire d'un bras avec adénopathie satellite, chez un garçon de cinq ans. Bull. Soc. Franç. Derm. & Syph. 1969, 76, 6, 844-845.
- 225 - MARILL F.G. - HADIDA E. & Mme SAYAG J. : D'acro-angiomatose de kaposi en Algérie. Médecine tropicale 1972.
- 226 - MARILL F.G. & VODOC I. : Maladie de kaposi à déterminations cutanées unilatérales avec localisation au voile du palais. Soc. Franç. Derm & Syph. Séance du 12 Oct. 1972.
- 227 - MARTINO. A. - CALVANESE F. ESPOSITO C. & FOGLIANI V. : Partecipazione del polmone nella malattia di kaposi (sulle pneumopathie cosiddette secondarie). Arch. Tisid 1968, 23/9, 721-740.
- 228 - MARINO A. CUCCURULLO & FOGLIANI V. : Malattia di kaposi con localizzazione al rinofaringe. Arch. Ital. Laring 1968, 76 suppl. 5, 17-28.
- 229 - MARTINOTTI : Tumori. Arch. Ital. di Derm. I sifili 1912 2, 13, 662-758.
- 230 - MARTINOTTI : Arch. Ital. Di Derm. 14, 367, 1938.
- 231 - MASSABUAU : Maladie de kaposi à forme tumorale. Soc. Sc. Med. Montpellier 8 av. 1949.

- 232 - MASTER S.P. & AL : Immunological studies in kaposi's sarcoma in Uganda. Brit Med. J. I, 600-602, 7 Mars 1970.
- 233 - MELAMPI & GIACOMETTI C. : Manifestazioni del l'angien-dotelioma multiplo du kaposi alle vie respiratorie e digestive superiori. Rass. Ital. Chir Med. 1959, 8/II, 903-917.
- 234 - MELAMPI M. & GIACOMETTI C. : Localizations of kaposi's disease in the upper respiratory and difestive tracts Otorinolaring Ital. 1960, 29/6, 431-435.
- 235 - MERKLEN F.P. - COTTENOT F. & MELKI G.A. ; Maladie de kaposi à Minima. Bull. Soc Franç. Derm & Syph. 74 2, 1967, 247.
- 236 - MESSERCHMITT J. COLONNA P. & ZIDANE CH. : Histologie : lahllec M. Lymphosarcome et maladie de kaposi Soc. de Med. Alger, 4 Déc. 1965.
- 237 - MIAN. E.U. : Riperti anatomopatologici in un caso mortale di emzione varicelliforme di kaposi. Arch. " de vecchi " Anat. Patol. 1957, 26/3, 669-686.
- 238 - MIGOZZI & BARETY : Maladie de kaposi. Bull. Soc. Franç. Derm. 68, 512, 1961.
- 239 - MIKKONIEMI & MUSTAKALLO K.K. : Ultra structure des cellules fusiformes du sarcome de kaposi. Year Book of Derm. 1965, 66, 233.
- 240 - MITCHELL N. FEDER L.A. : Kaposi's sarcoma with secondary involvement of the jejunum, perforation an pérotinitis. Ann. Int. Med. 1949, 31, 324 -329.
- 241 - MONTPELLIER J.M. - VOISIN & Melle MONTEPELLIER J. : Sarcomatose de kaposi (présentation d'un malade). Bull. Alger Cancérol, Ière année, I, 1948, 12-13.

- 242 - MONACO A.P. & AUSTEN W.G. : Traitement du sarcome de kaposi du membre inférieur par perfusion extra-corporelle d'agents chimiothérapiques. New Englan J. Med. 19 Nov. 1959, 261. 1045-1052.
- 243 - MORTADA A. : Conjunctival regressing kaposi sarcoma. Brit J. Ophtal. 1967, 51/4, 275-280.
- 244 - MOTTAZ J.H. & ZELICKSON A.S. : Electron microscope observations of kaposi's sarcoma. Acta Der. Venerol (Stockh) 1966, 46/2, 195-200.
- 245 - MURRAY J.F. & LOTH F. : The histopathology of kaposi's sarcoma acta Un Int Cancr 1962, 18/3 (413-428).
- 246 - MUSSINI - MONTPELLIER (Mme J.) : Angio-réticulo-endothélio-sarcomatose de kaposi en Afrique du Nord. Bull. Algé. Carcinol, 3ème année, 7, 1950, 203-210.
- 247 - MUSSINI - MONTPELLIER (Mme J.) : Angio-réticulo-endothélio - sarcomatose de kaposi en Afrique du Nord. Acta Un Int. Cancr, 1953, 353-357.
- 248 - MUSSINI - MONTPELLIER (Mme J.) - MASSONAT J. & STREIT R. Un nouveau cas d'angioréticulo-sarcomatose de kaposi avec envahissement ganglionnaire. Bull. Alger, Carcinol., 8ème année, 25, 1955, 67-74.
- 249 - MUSTAKALLIO K.K. : Histochemistry of kaposi's sarcoma Folia histochem. Cytochem. 1963, 1/3, 489-492.
- 250 - MUSTAKALLIO K.K. - LEVONEN E. & RAEKALLIO J. : Histochemistry of kaposi's sarcoma hycholases and phosphorylase. Exp. Molec. Path 1963, 2/4, 303-316.
- 251 - NAJI A.F. : Kaposi's sarcoma. Review of the literature with the first case reported in iraq. J. Fac. Med. Iraq 1960, 2/3, 112-186.

- 252 - NEGRI P. L. : The visceral lesions in kaposi's disease rass. Derme. Sif 1963, 16/4, (172-186).
- 253 - NESBIT S.P.F. - MARK & SIMERMAN H.M. : Disseminated visceral idiopathic hemorrhagic sarcoma (kaposi's disease). Report of case with necropsy findings. Ann. Int. Med, 22, 1945 ; (601-614).
- 254 - NICOLAS - MASSIA G. & LEBŒUF. F. : Un cas de maladie dite sarcomateuse de kaposi. Bull. Soc. Franç. Derm & Syph 1930, 37, 2 ; (523-526).
- 255 - NICOLETTI N. : Considérations cliniques, épidermiologiques & thérapeutiques sur l'hémoangio-endothéliome de kaposi. Dermatologio Rassegna, 15, Fasc 4, 225-245.
- 256 - NIEMI M. & MUSTAKALLIO K.K. : The fine structure of the spindle cell in, kaposi's sarcoma. Acta Path. Microbiol Scand. 1965, 63/4, (567-575).
- 257 - NIEMI - REKALLIO J. - LEVONEM E. & MUSTAKALLIO K.K. : Histochemistry of kaposi's sarcoma cholinestérase monoamine oxydase & adénosine triphosphatose. Exp. Molec Path, 1964, 3/6, (648-657).
- 258 - NINI G & FERREA E. : Malattia di kaposi e leucemia linfatica cronica. G. Ital. Derm 1969, 110/2, 89-93.
- 259 - NODL F. : Zur histogenese der angiomatosis kaposi. Dermat. Wehnschr., 121, 247, 1950.
- 260 - NOTO P. : Malattia di kaposi ed alterzioni oculari. Gior Ital. Di Oftal, 3, 204, 1950.
- 261 - OETTL A. G. : Géographical and racial differences in the frenquently of kaposi's sarcoma as evidence of emmonmental or genetic causes. Acta Un Int Cancr 1962, 18/3, (330-363).

- 262 - OLMER J. - MONGES A. & BADIÉ M. : Maladie de kaposi & splénomégalie. Sem. Hop. Paris, 1952, 28, 1973-1974.
- 263 - OSWALD F. H. & STAM H.C. : Roentgen treatment of kaposi's disease dermatologica (Basel) 1968, 136/4 277 - 280.
- 264 - PACK G.T. & DAVIS J. : Concomitant occurrence of kaposi's sarcoma and lymphoblastoma. Arch. Derm. Syph (Chicago) 1954, 69/5, 604-611.
- 265 - PAGANI G. : A propos d'un cas de maladie de kaposi avec participation lymphoglandulaire. Arch. Ital. Derm. & Venereo 33, Fasc 3, 209-228.
- 266 - PALOMIA C. : Le problème thérapeutique de la maladie de kaposi avec un regard particulier sur la thérapeutique radiologique (à propos de 21 cas). Giornale Ital Di Derm, 1966, Fasc I (117-128).
- 267 - PALMER P.E. : The radiological changes of kaposi's sarcoma. Acta Un Int Cancr 1962, 18/3, 400 - 412.
- 268 - PALMIA C. : Il problema terapeutico della malattia di kaposi con particolare riguardo alla terapia radiologica (considerazioni sur 21 casi). G. Ital. Derm 1966, 107/2, 117-128.
- 269 - PAOLI J. - PAYAN H. - BONNEAU H. - LIEUTAUD R. DE THE J. Contribution à l'étude de la maladie de kaposi. La semaine des hopitaux de Paris, année 1936, 18/4, 18 Avr. 1960, 1183, Supl. 290.
- 270 - PAOLINI F. : A case of kaposi's disease with cutaneous visceral haemorrhagic endotheliomatosis. G. Geront 1961, 9/2, 63-65.
- 271 - PAOLINI R. : Sul sarcoma multiplice primitivo di kaposi con speciale riguardo alle localizzazioni viscerali. Studio clinico anatomo istopatologico e batteriologico. Zentrabl. F. Haut u. Ges. 26, 816, 1928.

- 272 - PAUTRIER L.M. & DISS A. : Sur les lésions vasculo-
nerveuses de la pseudo-sarcomatose de kaposi.
Bull. Soc. Franç. Derm & Syph 1928, 35, 3,
145-152.
- 273 - PAYET M. - BASSET A. - REY M. & FAYE I. : Lésions
osseuses de la maladie de kaposi dans l'Ouest
Africain. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph. 68,
612-615, 1961.
- 274 - PAYET M. - SANKALE M. QUENIM C. & BOURGEADE A. :
Un cas de maladie de kaposi. Bull. Soc. Med.
d'Afrique noire de langue française, 4, 3, 3ème
trimestre 1959, 332-336.
- 275 - PELISSIER A. : La maladie de kaposi en Afrique noire
(angio-réticuloendothélio-fimi-sarcomatose à
propos de 18 cas. Bull. Soc. Path. Exot., 1963,
46/5, (832-839).
- 276 - PEPLER W.J. & THERON J.J. : An electron microscope study
of kaposi's haemorrhagiosarcoma. J. Path. Bact 1962,
83/2, (521-525).
- 277 - PERKINS H.T. Jr. - VERNIER J.V. - YONEYAMA T. & HARVEY
ESTES E. : Syndrome clinico-pathologique rare de la ma-
ladie de kaposi. Arch. of Int. Med. 105, 733,
1960.
- 278 - PIERA A. : Maladie de kaposi. Cahiers. Med. Union Franç.
4ème année. 26, 1949, (369-371).
- 279 - PIERINI L.E. & GRINSPAN D. : Traitement de la sarcoma-
tose de kaposi (réticulo-endothéliose angiogène)
par pénicilline. Archivo argentinos de dermatolo-
gia. 10, I, Mars 1960, (53-58).
- 280 - PISANA M. : Kaposi's histioangioreticulosis minerva
Derm. 43, 303 - 328, JUIL.68.

- 281 - POTTER B. - TONKENS S. & DIAMOND S. : Sarcome de kaposi. Arch. of Derm. 1964, 89, 4 (622-623).
- 282 - PRIVAT Y. & AL. : Kaposi's sarcoma : new ease of the pseudo botriomycomatous form. Bull. Soc. Med. Afr. Noire lang. franç. 12, 459, 1967.
- 283 - PRIVAT Y. - FAYE I. & ALLAIN G. : Echec du chloramino-phène dans deux cas de maladie de kaposi. Bull. Soc Franç. Derm & Syph 1969, 76/3, (487-488).
- 284 - PUENTE J. : Sarcome de kaposi. Rev. Argent. de Derm. Y. Sifili 1936, 20, 3, (563-570).
- 285 - QUENUM A. : la maladie de kaposi en Afrique Noire. Thèse de médecine, Bordeaux, 1957, 83.
- 286 - QUENUM A. & CAMAIN R. : Les aspects africains de la maladie de kaposi, réticulopathie maligne systématisée. Ann. Anat. Pathol. 3, 3, 1958, (337-368).
- 287 - RABBIOSI G. : Considérations sur quelques cas familiaux d'angioréticulomatosose cutanée (sarcomatosose multiple idiopathique pigmentaire de kaposi). Dermatologia 10, 6, Juin 1959, (185-186).
- 288 - RADAELI F. : Contributo alla conoscenza del sarcoma multiplo idiopatico emorragico del cute. Gior. Ital. Mal. Vener. E. D. Felle.
- 289 - RADAELI F. : Sul proceso anatoma-patologica del sarcoma idiopatico di kaposi (angio endotelioma cutaneo di kaposi). Gior. Ital. Dermat. e. sif. 71, 1501, 1930.
- 290 - RAJKAG : Kaposi's sarcoma associated with hodgkin's disease. Acta Derm. Venereol (Stockh) 1965, 45/I (40-43).

- 291 - RAMENOFISKY A.I. - BARGER J.D. - SNAPP R.G. & JEKEL
L.G. : Kaposi's idiopathic hemorrhagic sarcoma.
Ariz. Med. 1952, 9/10, 24-26.
- 292 - RAYNAL H. - ZIMMERMANN P. - ROBBLES R. & Mme J.
MUSSINI-MONTPELLIER : Un cas d'angio-sarcomatose
de kaposi. Bull. Alger, calcinol 3ème année, 6,
1950 II6, II9.
- 293 - RENAULD J.M. : L'angio-réticulomatose de kaposi.
Thèse de médecine, Nancy 1956, ronéotypée.
- 294 - REUNIOES CIENTIFICAS : Scientific meeting kaposi's
disease. Rev. Paul Med 1963, 63/5, (347-352).
- 295 - REYNOLDS A.W. - WINKELMAN R.K. & SOULE E.H. : Le sar-
come de kaposi. Une étude clinicopathologique
avec référence particulière à ses rapports avec
le système réticulo-endothénial. Médecine 1965,
44, (419-441).
- 296 - RICHEY L.E. Jr & COOLEY R.N. : Sarcome de kaposi. Ma-
nifestations radiologiques de l'atteinte de
l'estomac. Gastroenterology, 44, 195, 1963.
- 297 - RIMBAUD P. - GUIBERT H. & CAZAL P. : Angiosarcomatose
de kaposi (étude hématologique & histologique).
Bull. pour l'étude du cancer, 31, 195, 1963.
- 298 - ROGER H. & VIGNE P. : Compression médullaire & osteite
fibrokystique de recklinghausen au cours d'une
sarcomatose de kaposi. Revue Neurol, 65, 1467,
1936.
- 299 - ROLLIER R. & PELBOIS F. : Amélioration de deux cas de
maladie de kaposi par le butynédioïque. Bull. Soc.
Franç. Derm & Syph, 52, 2, 1952, (144-145).

- 300 - ROLLIER R. - ROLLIER Mme M. - CHERKAOUI A. - DEVICO
Mme V. & SEBTI : Sur un cas de maladie de kaposi d'évo-
lution fatale. Bull. Soc. Franç. Derm & Syph,
1970, 77, (748-751).
- 301 - RONCHESE & KERN A. B. : Maladie de kaposi & diabète.
Arch. of Derm. (suppl.) 67, 95, 1953.
- 302 - RONCHESE F. - KERN A.B. : Bone lesions in kaposi's
sarcoma. Arch. Derm. Syph 1954, 70/3, (342-346).
- 303 - RONCHESE F. & KERN A.B. : Tumeurs ressemblant à des
lymphangiomes dans la sarcomatose de kaposi. Arch.
of Derm 75, 3, Mars 1957, (418-427).
- 304 - RONCHESE F. & KERN A.B. : Nodules rappelant le gra-
nulome pyocyanique dans la sarcome de kaposi.
Minerva dermatologica, 34, 7, 1959, (467-469).
- 305 - ROSENMAN E. & ISRAEL J. : Kaposi's disease in a patient
with pemphigus vulgaris. Med sci 1966, 2/2, (269-
274).
- 306 - ROSSELET E. & DELLER M. : Lésions oculaires dans la
maladie de kaposi. Ann. Ocul. 190, 373, 1957.
- 307 - ROSSI.G. : Sarcomatosis cutanea. GIORN ITA. di dermat.
a. sif. Fas III. 1928.
- 308 - ROTHMAN S. : Remarks on sex, age and racial distribution
of kaposi's sarcoma and possible pathogenic
factors. Acta Un Int Cancr 1962, 18/3, (326-329).
- 308 Bis - ROTHMAN S. : Some clinical aspects of kaposi's sar-
coma in the european and north american popula-
tion. Acta Un Int Cancr 1962, 18/3, (364-370).
- 309 - ROTHMAN S. : Some remarks on moricz kaposi and on the
history of kaposi's sarcoma. Acta Un Int Cancr
18, (322-325), 1962.

- 310 - ROTHMAN S. - Médical resseach in africa geographic pathology, kaposi's sarcoma and cutaneous physiology of pachyderms. Arch. Derm. (Chic) 85, (311-324), Mars 62.
- 311 - ROUHANI A. - Maladie de kaposi. Premier cas observé en Afghanistan. Bull. Soc. Franç. Derm & Syph, 1965, 72, (795).
- 312 - ROULET F. Ch - Comments on the possible histogenesis of the socalled "haemangiosarcoma kaposi", Acta Un Int Cancr 1962, 18/3, 460-463.
- 313 - RYWLIN A.M. - RECHER L. & HOFFMAN E.P. - Lymphoma like presentation of kaposi sarcoma. Three cases without characteristic skin lesions. Arch. Derm. 1966, 93/5, (554-561).
- 314 - SACH W. & GRAY M. : Sarcome de kaposi & leucémie lymphoïde. Arch of derm a Syph 1945, 51, 176, 177.
- 315 - SAKELLARIOU G.A. - La maladie de kaposi. Etude clinique et recherche expérimentale (avec résumé en français). Thèse d'agrégation présentée à la faculté de médecine de l'université Aristotelion I Volume de 162 P.
- 316 - SANTINI R. & ALLEGRA F. - Contribution à l'étude des lésions osseuses et tentative de classement nosologique de la maladie de kaposi. Gior Ital di derm 1964, 6, (649-688).
- 317 - SCHIRREN C. & BURKHARDT - Un cas de sarcome multiple hémorrhagique de kaposi avec métastases cérébrales. Arch. fur klinische und experimentellé Derm 201, 2 Juil. 1955, (99-105).

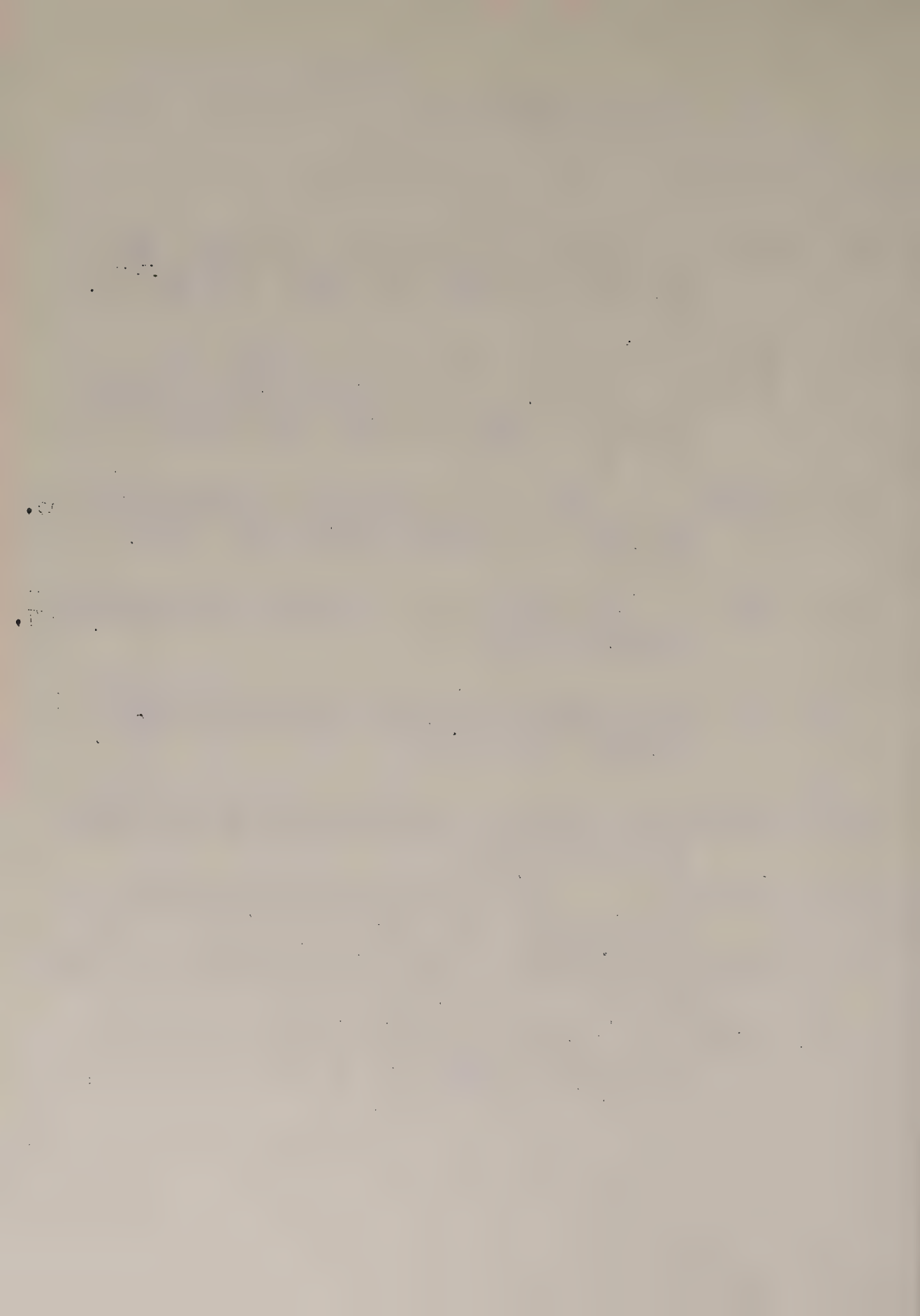
- 318 - SCHMIDT O.E.L. - Kaposi's sarcoma with involvement of the oropharynx and larynx. Arch. Dermat. and Syph 45, 438, (Feb) 1942.
- 319 - SCOTT W.P. & VOIGT J.A. - Sarcome de kaposi. Traitement avec vuiblastine. Cancer 1966, 19, (557-564).
- 320 - SCOTTI G. - Terapia della istioangioangiolitico di kaposi con particolare riferimento alla terapia antitumorale. Folio-angiol (Pisa) 1967, 2-3, (426-433).
- 321 - SEABIA O. - BRANETTO NETTO M. & SOCRATES DE AMORIN N. - Lymph node form of kaposi's disease consideration of a clinical and pathological case. Arch. Bras Med 1960, 50/5-6, (165-169).
- 322 - SERAFINO - TESTU J. & DIOP A. - Maladie de kaposi à début viscéral avec tableau de sténose du grêle. Traitement évolution. Bull. Soc. Med Afr. Noire langue franç. Excerpta, 1965, 3697.
- 323 - SETTE N. & SCIARRAD - Diagnostic difficulty in the histopathology of kaposi's disease. Bull. oncol (Roma) 1956, 30/1, (166-168).
- 324 - SHERWIN B. & GORDIMER H. - Kaposi's sarcoma, case report with unique manifestations. Ann. Surg. 1952, 135, (118-122).
- 325 - SHMERLING D.H. : A case of haemorrhagic multiple idiopathic sarcoma (kaposi disease). Schweiz. Z. Allg. Path. Bart 1956, 19/2 (162-183).
- 326 - SLAVING G. & SINGH H. : Kaposi's sarcoma in mainland tanzania a report of 117 cases. Brit J. Cancer 1969, 23/2, (349-357).

-XXXIII -

- 327 - SLAVING G. & AL - Kaposi's sarcoma in East African children a report of 51 cases. J. Path 100, 187-199, Mars 70.
- 328 - SNEID P. : Hemorrhagic sarcoma of kaposi in a negro A.M.A. Arch. Dermat. 72, 594, (déc.) 1955.
- 329 - SMITH (G.C.) & ELMES (B) - Malignant diseases in natives of Nigeria. An analysis of five hundred tumours. Ann. Med a parasit, 1934, 4, (461-470).
- 330 - SPENCE IM. - Growth in vitro of a strain of cells derived from a kaposi tumour. Acta Un Int Cancr 1962, 18/3, (489-491).
- 331 - SPENCER M.C. : ~~Cytotoxin~~ treatment of kaposi's idiopathic hemorrhagic sarcoma. Illinois Med J. 1966, 129/3, 252-255.
- 332 - STAWINSKI K & SOKOLOWSKI S. - A case of kaposi's disease with localization of the pathological lesions in the oral cavity and the skin. Czas-stomat 1953, 6/5, 028-132.
- 333 - STEWART W.M. & LECROCC - Maladie de kaposi éruptive action spectaculaire du chloraminophene. Bull. Soc. Franç. Derm & Syph 1968-75, 2, (185-186).
- 334 - STEWART W. M. & NASSIF N. - Un cas d'angiosarcomatose de kaposi. Bull. Soc. Franç. Derm & Syph 1967 74/5, 662-664.
- 335 - STITCH M.H. - EIBER H.B. - MORRISON M. & LOEWE L. - Cytology of kaposi's sarcoma. Arch. Dermat & Syph 67, 85 (Jan) 1953.
- 336 - SYMMERS - Sarcome de kaposi. Arch. of path, 32, 764, 1941.

- 337 - SYMPOSIUM KAPOSI'S SARCOMA - Kampala 1961, I, 174 p,
S. Karger, éd. Bale 1963.
- 338 - SEEGOL. L. - SELENYI A. & ALMASSY G. - Sur la combinaison d'un sarcome de kaposi avec le syndrome de klippel-trenaunay "sarcome idiopathique variqueux et osteohypertrophique". Dermatologica II9, (45-57).
- 339 - SZUCS L. BALOCH E. & KOSA D. - Final transformation of kaposi's sarcoma in to reticulosarcoma. S. Haut-Ugeschl-Kr 1965, 38/8, (253-260).
- 340 - TASQUE - JOURNIAC & DZIETHAM - Maladie de kaposi chez un enfant camerounais de 3 ans 1/2, à aspect de macropolyadénopathies, généralisées, d'évolution mortelle en 14 mois. La semaine des Hôpitaux de Paris, année 31, 78/8, déc. 1955, 4077, SP 429, 4078, SP 430.
- 341 - TEDESCHI et coll. : Visceral kaposi's disease. Arch. Path. 43 : 335. 1947.
- 341 Bis - TEDESCHI. CG : Considerations concerning the So called sarcoma of kaposi. Arch of path 66, 1958, (656-684).
- 342 - TEMIME P. - ODDOZE L. - BENNE M. - BONERANDI J.J. & MARCHAND J.P. : Maladie de kaposi avec grosse tumeur du genou et éléments lymphangiomateux. Filiale de la soc. Franç. Derm. (Marseille), 19 Nov. 1966.
- 342 Bis - TEMIME P. - STAHL et BERARD - BADIER - The visceral lesions of kaposi's disease brit J. Derm 1961, 73/8, 303-309.
- 343 - TEMIME P. & MARCHAND J.P. - Le cytodagnostic sur scarification. La cytoscarification dans les hématodermies et affections voisines. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph, 1968, 75/3, 357-360.
- 344 - TEMIME P. - PRIVAT Y. - BENNE M. & WARRENNES (Mme) - Maladie de kaposi à éléments lymphangiomateux pseudobuleux. Bull. Soc. Franç. Derm. 72, 159, 1965.

- 345 - THIERS H. - COUDERT J. & MOULIN G. - A propos d'une observation de maladie de kaposi à forme lymphangiomateuse. Bull. Soc Franç. Derm. 69, 392, 1962.
- 346 - THIERS H. COLOMB D. - CUFFIAC C. - LENGLET J.P. & ROBERT M. : Angioreticulose de kaposi chez un malade atteint d'eczéma des membres inférieurs et de la maladie de Paget. Bull. Soc. Franç. Derm & Syph 1965, 72, I, (56).
- 347 - THIVOLET J. - LEUNG T.K. - PERROT H. - PELLERAT J. & VAYRE J. - Maladie de kaposi avec localisation gastrique. Bull. Soc. Franç. Derm. & Syph 1967, 74/5, (626-627).
- 348 - THYS A. - L'angiosarcomatose de kaposi au Congo Belge et au Ruanda Urundi. Ann. Soc. Belge Med. Trop. 1957, 37/2, (295-307).
- 349 - TOROK E. & SEZMENYEI K. : Sarcoma idiopaticum multiplex haemorrhagicum (kaposi) with internal organic changes. Morph. Igasz Oru Szmele 1964, 4/I, (23-28).
- 350 - TOURAINE A. : Moutardes azotées dans un cas de maladie de kaposi. Bull. Soc. Franç. Derm & Syph. 1948, 55, 3, (224-225).
- 351 - TOURENO R. - La cancer en Guadeloupe. Cahiers Med. de l'Union Franç. 1946, I, 5, (335-337).
- 352 - URBACH F. & SANDERS J. - Sarcome hémorrhagique de kaposi. Arch. Of Derm. 1963, 8, 4, (487-490).
- 353 - USSEGLIO G. - ZAMBELLI E. & PAOLINO W. - Espressioni biochimiche sanguigne in un caso di morbo di kaposi. Gior Accad. Med. Torino IOI, 404, 1938.



- 354 - VANINA R.C. - Kaposi's sarcoma of the palate. Arch. Derm. 1964, 90/1, 108.
- 355 - VILANOVA W. - PINOLAGUADE J. & RUEDA - Cytopathologie du système endothélial vasculaire dans quelques lésions cutanées. Ann. Derm & Syph 90, 464, 1963.
- 356 - VIVARELLI I. - Maladie de kaposi avec participation ganglionnaire systématisée. Giorn. Ital. Derm. 1948, 89, 1, 445-451.
- 357 - VON SCHMARSOW F.L. - Involvement of oral mucosa in kaposi's idiopathic multiple sarcoma. ZBL Chir. 1959, 84/37, 1508-1512.
- 358 - WALLACE D. & WINSTON E. - Report of case of multiple idiopathic haemorrhagic sarcoma occurring in a west african native. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 1915, 35, 521-522.
- 359 - WALLHAUSER J.J.F. - Bichlorid of mercury in the treatment of idiopathic multiple hemorrhagic sarcoma J.A.M.A. 53, 1608, (nov.13) 1909.
- 360 - WATRIN J. & M... A. - Maladie de kaposi à localisation rare. Bull. Soc. Franç. Derm & Syph 1955, 62, (108).
- 361 - WECHSLER H.L. - Kaposi's sarcoma angiographic finding before and after orthovolt age treatment Arch. Derm. 1967, 96/1, 69-70.
- 362 - WELCH J.W. - CHESKY V.E. & ELLWIG C.A. - Kaposi's disease. Clin Med 1960, 7/2, (371-377).
- 363 - WELLER G.L. - The clinical aspects of cardiac involvement (right auricular tumor) in idiopathic hemorrhagic sarcoma (kaposi's disease). Ann. Int. Med 14, 314, (aug) 1940.

- 364 - WITHE J.A. & KING M.H. - Sarcome de kaposi se présentant avec des symptômes abdominaux. Gastroenterology 46, 197, 1964.
- 365 - YESUDIAN P. - A case of kaposi's sarcoma. Indian J. Derm 1969, 14/3, 121-122.
- 366 - ZAK G. - SOLOMON A. & FELLNER M. J. - Viscerocutaneous angiomatosis with dysproteinemia, phagocytosis : its relation to kaposi's sarcoma and lymphoproliferative disorders. J. Path. Bact. 1966, 92/2, (594-599).
- 367 - ZACON S.J. - Idiopathic multiple hemorrhagic sarcoma of kaposi. Arch. Dermat an syph 55, 564, (Apr) 1947.
- 368 - ZACON S.J. - Kaposi's sarcoma with involvement of the gastrointestinal tract. Arch. Dermat. and Syph, 57 475 (Mar) 1948.
- 369 - ZEIGER J. & LEIBETSEDER F. - Bone marrow changes in kaposi's multiple haemorrhagic idiopathic sarcoma Hautarst 1961, 12/II, (498-503).
- 370 - ZELIGMAN I. - Kaposi's sarcoma in a father and son. Bull. Johns Hopk Hosp 1960, 107/4, 208-212.
- 371 - ZEMEK L. - STROM L. - GORDON G. - ELGUEZABEL A. - Anémie hémolytique et sarcome de kaposi. Rapport d'un cas. The journal américain med Assoc. 187, 3, (232-234).
- 372 - ZUDDAS A.A. - Contributo allo studio degli aspetti otorinolaringologica del morbo di kaposi. Minerva otorinolaring 1963, 13/9, (280-282).

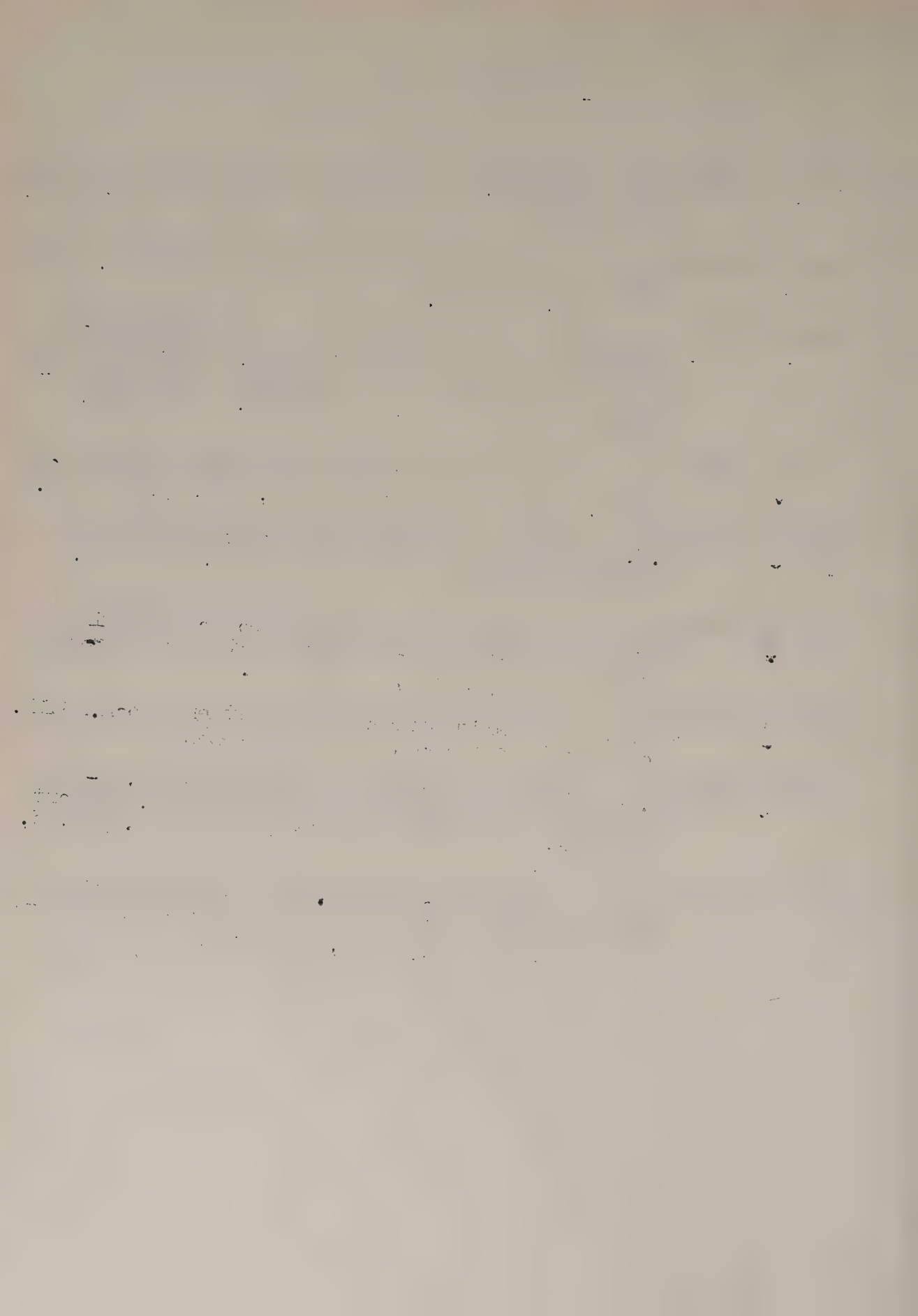


TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	pages 10
PRESENTATION DES OBSERVATIONS.....	36
LA MALADIE DE KAPOSÍ CHEZ L'AUTOCHTONE D'ALGERIE.....	97
CONCLUSIONS.....	106
BIBLIOGRAPHIE.....	108

Vu, le Président du Jury,

Signé :

Vu, le Doyen,

Signé :

Vu et permis d'imprimer,

Alger, le

Le Recteur de l'Université d'Alger,

Signé :

